

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS
FACULDADE DE MEDICINA
Especialização em Saúde da Família
Turma 6



Trabalho de Conclusão de Curso

**Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica
de Saúde de Panatis, no município de Natal, Rio Grande do Norte.**

Marina Torquato Queiroz e Silva

Pelotas, 2015

MARINA TORQUATO QUEIROZ E SILVA

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de Saúde de Panatis, no município de Natal, Rio Grande do Norte

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Programa de Especialização em Saúde da Família da Universidade Federal de Pelotas – UFPEL como requisito parcial para a obtenção do título de especialista em Saúde da Família.

Orientadora: Edvanda Trindade Sacramento Gomes

Pelotas, 2015

**Universidade Federal de Pelotas / DMS
Catalogação na Publicação**

S586m Silva, Marina Torquato Queiroz e

Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da Unidade Básica de Saúde Panatis, no município de Natal – RN / Marina Torquato Queiroz e Silva; Edvanda Trindade Sacramento Gomes, orientador(a). - Pelotas: UFPel, 2015.

81 f. : il.

Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Saúde da Família EaD) — Faculdade de Medicina, Universidade Federal de Pelotas, 2015.

1.Saúde da Família. 2.Atenção Primária à Saúde. 3.Doença Crônica. 4.Diabetes Mellitus. 5.Hipertensão. I. Gomes, Edvanda Trindade Sacramento, orient. II. Título

CDD : 362.14

Elaborada por Gabriela N. Quincoses De Mellos CRB: 10/1327

Dedico este trabalho a Deus que esteve comigo em toda a trajetória. Aos meus pais e noivo por me guiarem e por acreditarem na minha vitória.

Agradecimentos

À Deus, por manter a minha fé e permitir chegar até o fim com saúde.

Aos meus pais e irmãos pela confiança, amor e dedicação.

Ao meu noivo e aos meus sogros, pelo carinho, incentivo, apoio e acolhimento.

À minha equipe, por me receber, pelo aprendizado adquirido ao longo desse tempo
e por sempre mostrar disposição às mudanças.

Aos pacientes, por confiarem no meu trabalho e acreditarem que juntos podemos
iniciar uma mudança no estilo de vida.

À minha orientadora, pela força, paciência e zelo.

Lista de figuras

Figura 1 – Grupo do hiperdia.....	51
Figura 2 – Tenda do conto.....	52
Figura 3 – Tenda do conto e grupo do hiperdia.....	52
Figura 4 - Reunião com a equipe.....	52
Figura 5 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde.....	56
Figura 6 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde.....	56
Figura 7 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	57
Figura 8 - Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.....	57
Figura 9 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	58
Figura 10 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.....	59
Figura 11 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.....	59
Figura 12 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada.....	60
Figura 13: Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	60
Figura 14: Proporção de diabéticos com o avaliação da necessidade de atendimento odontológico.....	61
Figura 15: Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa.....	62
Figura 16: Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa.....	62
Figura 17: Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento	63
Figura 18: Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.....	63

Figura 19: Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	64
Figura 20- Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia.....	65
Figura 21 – Proporção de hipertensos com orientação sobre alimentação saudável.....	66
Figura 22 – Proporção de diabéticos com orientação sobre alimentação saudável	66
Figura 23 – Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular	67
Figura 24 - Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular.....	67
Figura 25 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	68
Figura 26 - Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.....	69
Figura 27 – Proporção de hipertensos que receberam orientações sobre higiene bucal	69
Figura 28 - Proporção de diabéticos que receberam orientações sobre higiene bucal.....	70

LISTA DE ABREVIATURAS/SIGLAS

APS – Atenção Primária a Saúde
ACS – Agente Comunitário de Saúde
AVC – Acidente vascular cerebral
AVE – Acidente vascular encefálico
CEO – Centro de Especialidades Odontológicas
DCV – Doença Cardiovascular
DM – Diabetes Mellitus
ECG – Eletrocardiograma
ECO – Ecocardiograma
ESF – Equipe de Saúde da Família
HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica
HGT – Hemoglicoteste
HIPERDIA – Hipertenso e Diabético
MS – Ministério da Saúde
NASF – Núcleo de Atenção a Saúde da Família
PA – Pressão Arterial
SUS – Sistema Único de Saúde
IAM – Infarto agudo do miocárdio
SAMU – Sistema de Atendimento Médico de Urgência
SIAB – Sistema de Informações da Atenção Básica
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFPeI – Universidade Federal de Pelotas
UTI – Unidade de Terapia Intensiva

Sumário

Apresentação.....	12
1	Análise
situacional.....	223
1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS.....	13
1.2 Relatório da análise situacional.....	14
1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional.....	20
2 Análise estratégica.....	22
2.1 Justificativa.....	22
2.2 Objetivos e metas.....	23
2.2.1 Objetivo geral.....	23
2.2.2 Objetivos específicos.....	23
2.3 Metodologia.....	26
2.4	
Ações.....	Erro!
Indicador não definido.6	
2.5 Indicadores.....	37
2.6 Logística.....	43
2.7 Cronograma.....	45
3 Relatório da intervenção.....	46
3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	46
3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.....	53
3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.....	53

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.....	54
4 Avaliação da intervenção.....	55
4.1 Resultados.....	55
4.2 Discussão.....	70
4.3 Relatório da intervenção para gestores.....	71
4.4 Relatório da intervenção para a comunidade.....	73
5. Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem	75
Bibliografia.....	77
Anexos.....	78

Resumo

SILVA, Marina Torquato Queiroz. **Melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos na Unidade Básica de saúde de Panatis, no município de Natal, Rio Grande do Norte.** 2015. 81f. Trabalho de Conclusão de Curso – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família, modalidade à distância (Ead). Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.

A intervenção ocorreu na Unidade de Saúde da Família do bairro Panatis, no Município de Natal, Estado do Rio Grande do Norte, composta por treze mil habitantes, com o objetivo de melhorar a atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos. O público alvo foram os usuários hipertensos e/ou diabéticos, de longa data ou diagnosticados recentemente, jovens ou idosos, homens ou mulheres. Os usuários da área adstrita foram cadastrados e tiveram suas consultas registradas nos prontuários e na ficha espelho. Os dados obtidos foram utilizados para o preenchimento da planilha de metas. Após três meses de intervenção, houve uma evolução no quantitativo de usuários cadastrados no programa de hiperdia passando de 32 (1,6%) hipertensos e 8 (3,7%) diabéticos, para 72 hipertensos (3,6%) e 46 diabéticos (9,4%) no terceiro mês de intervenção. Apesar da meta de cobertura de 80% não ter sido alcançada, foram obtidas melhorias nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Além disso, observou-se que grande parte dos indicadores foi atingida com proporções altas, em torno de 94%. Isto foi confirmado pelo alcance da maioria das metas de qualidade estabelecidas no início do projeto. A intervenção foi de suma importância para a população, visto que os pacientes foram acompanhados e os resultados foram satisfatórios, com grandes modificações na rotina do serviço.

Palavras-chave: saúde da família; atenção primária à saúde; hipertensão; diabetes mellitus; hiperdia.

Apresentação

O trabalho de conclusão de Curso da Especialização em Saúde da Família com Modalidade de Ensino à Distância da Universidade Federal de Pelotas em parceria com a Universidade Aberta do SUS – UNASUS apresenta o seguinte título: Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos na Unidade Básica de saúde de Panatis, no município de Natal, Rio Grande do Norte.

Encontra-se dividido em cinco capítulos, no qual o primeiro, a análise situacional descreve, de forma abrangente, a composição das equipes, a estrutura física, a disponibilidade de recursos materiais. O segundo capítulo, a análise estratégica e apresenta o tema da intervenção. O próximo capítulo, a intervenção propriamente dita ao longo dos três meses. O quarto capítulo aborda sobre avaliação da intervenção, os resultados obtidos e a melhorias adquiridas. Por fim, conclui-se o trabalho com uma reflexão sobre o processo de aprendizagem.

1 ANÁLISE SITUACIONAL

1.1 Texto inicial sobre a situação da ESF/APS

A unidade de saúde onde estou alocada localiza-se em zona urbana, apresenta uma ampla estrutura. Há o funcionamento de 4 equipes, cada uma com 5 agentes de saúde, 1 enfermeira, 2 técnicos de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, 2 auxiliares gerais, 1 copeira e 1 arquivista.

Há 4 salas disponíveis para atendimentos, porém duas são para pré-natal e preventivo, podendo ser utilizadas para outros atendimentos. Todas possuem macas, ar condicionado, mesa, pia, sonar-doppler, fita métrica, gel. A sala do preventivo possui a cadeira específica e o material necessário. Não possuímos salas fixas, estamos sempre realizando “rodízio”, uma vez que há 4 médicos e 4 enfermeiros para ocupá-las e quase sempre, em todos os turnos, há algum profissional atendendo.

A unidade também apresenta uma sala para curativo, vacinação, triagem (onde são realizadas a verificação da pressão arterial e a medida do peso), recepção, diretoria, copa, farmácia, uma sala para planejamento familiar e uma área específica dos agentes de saúde. Ainda dispomos de um auditório bem estruturado para a realização de palestras e/ou reuniões dos grupos ou com a comunidade e um estacionamento. A unidade apresenta um amplo espaço para os pacientes aguardarem a consulta e/ou outro procedimento, com cadeiras, bebedouro e televisão, de modo que dificilmente alguém fica em pé.

A farmácia deixa muito a desejar, pois há falta de medicamentos básicos, como para hipertensão, diabetes, antibióticos e muitos outros. Em contrapartida, os curativos são realizados diariamente, com todo o cuidado necessário e dificilmente falta material.

A unidade funciona com marcações de consulta para idosos e gestantes, uma vez que são prioridades, e demanda livre para os pacientes que chegarem cedo. Há turnos específicos para atendimentos diferentes, por exemplo, pré-natal, preventivo, hiperdia, clínica médica, crescimento e desenvolvimento, renovação de

receita e visita domiciliar. Dos 4 médicos disponíveis, 3 são do provab e o outro é concursado.

O médico concursado não realiza pré-natal nem saúde da mulher, de modo que as gestantes de sua área são redistribuídas para as outras equipes. Além disso, há pouco tempo, funcionava outra unidade de saúde em nosso posto, de outro bairro, mas foi deslocada assim que chegamos. O fato é que, apesar de essa unidade não funcionar mais lá, as gestantes ainda continuam fazendo pré-natal (1ª consulta) com as equipes do posto, ocupando uma vaga de outra gestante.

Outro ponto em questão é, mesmo organizando os turnos especificamente, ainda atendo pacientes de clínica no turno de pré-natal, surgem receitas em outros turnos, tornando a agenda bem desorganizada.

Estou tendo uma excelente relação com a minha equipe. A enfermeira e os agentes de saúde são muito engajados, com exceção de um agente de saúde, que não possuo muito contato. Realizo a visita domiciliar com a agente de saúde de cada área, porém sem o técnico de enfermagem, o que prejudica o paciente, pois não há verificação da pressão e muitas vezes sem a enfermeira.

A minha relação com a comunidade, de uma forma geral, tem sido proveitosa, tanto para mim quanto para eles. Procuro sempre orientar na medida do possível, ter assiduidade, me mostrar disponível para ajudar. A comunidade tem sido bastante receptiva, recebo elogios diariamente e isso aumenta a minha vontade de querer ajudá-los.

1.2 Relatório da análise situacional

Ao final dessa unidade de análise situacional, podemos avaliar inúmeros aspectos em relação à Unidade de Saúde, a população adscrita, o funcionamento do sistema e à realidade. Em relação aos temas abordados, todos dispõem de protocolos específicos, produzidos pela Secretária Municipal de Saúde.

O município de Natal localiza-se em uma região litorânea, no estado do Rio Grande do Norte, possui uma área de aproximadamente 168,3 km². De acordo com IBGE, sua população é de 803.811 habitantes. As mulheres são a maioria e representam 53% da população total, enquanto que o percentual de homens é 47%.

A cidade possui os três níveis de atenção à saúde. Sua gestão é distribuída por divisão territorial de cinco Distritos Sanitários, DS Sul, DS Oeste, DS Leste, DS Norte I e DS Norte II. Esses polos possibilitam a regionalização da gestão, que é realizada mais próxima dos centros de saúde, administrando e coordenando as ações prescritas pela Secretaria Municipal de Saúde, funcionando como elo entre esta e as unidades básicas de saúde, USF, centros e clínicas especializadas da atenção secundária e hospitais da atenção terciária.

A rede de atenção básica está composta por 55 serviços de saúde, sendo que destes, 37 são unidades de saúde da família (USF) e 18 são unidades básicas de saúde (UBS). Existem 113 equipes, distribuídas nas seguintes modalidades: 16 ESF, 54 ESF com saúde bucal, 34 equipes de agentes comunitários de saúde + equipe de saúde bucal, 9 equipes de agentes comunitários de saúde.

Visando aumentar o escopo das ações da ESF, foram credenciados em abril de 2010 pelo Ministério da Saúde 12 Núcleos de Apoio à Estratégia Saúde da Família – NASF. Em novembro foram credenciadas 3 equipes do NASF. Em Natal, há 03 CEO disponíveis.

A unidade de saúde onde estou alocada localiza-se em zona urbana, apresenta uma população de 13.000 pessoas e uma ampla estrutura. Funciona como Estratégia de Saúde da Família e recebemos estudantes de universidades de vários cursos (medicina, enfermagem, odontologia), que fazem estágio nessa área na unidade, além do que, participam de um projeto de intervenção na UBS.

No que diz respeito às atribuições da minha equipe, acredito que cada profissional que faz parte dela tem o dever de estar ciente das necessidades da população, assim como, realizar busca ativa aos mesmos quando necessário. Considero minha equipe bastante engajada nesse quesito, uma vez que, sempre está buscando os pacientes que necessitam de visita domiciliar, consulta e orientações no que for preciso. A notificação dos agravos é realizada pelos profissionais de saúde e as ações educativas são feitas tanto pelos profissionais, quanto pelos agentes comunitários de saúde e diretora.

Nesse aspecto, há uma exceção, que é um agente comunitário de saúde, pois o mesmo não me procura para realizar visitas domiciliares e acredito que não faz busca ativa, prejudicando à sua população, pois acredito que muitos pacientes

necessitam desse acompanhamento. Já foi realizada uma reunião nesse sentido, de modo que, medidas estão sendo providenciadas.

O acolhimento na minha unidade é realizado por toda a equipe. Inicialmente o paciente é recebido na recepção, local onde há a marcação das consultas, e pode ser recepcionado também pela equipe do projeto “Posso Ajudar”, que foi implantado há algum tempo na unidade, buscando acolher os pacientes de forma geral. Esse projeto funciona com escala, em que diariamente há funcionários diferentes da unidade participando.

Após essa avaliação inicial, os pacientes que necessitam de algum auxílio são encaminhados à enfermeira ou diretamente ao médico. A enfermagem dispõe de uma sala específica para o acolhimento e também funciona o planejamento familiar. Mas, sempre que necessário, os pacientes são acolhidos na sala da direção ou por qualquer funcionário da unidade. Acredito que a forma como está sendo realizado o acolhimento consegue atingir os objetivos dos pacientes.

No que tange à demanda espontânea, o meu posto funciona com demanda agendada, que são os idosos e as gestantes, e com a demanda espontânea, que funciona para médicos, enfermeiros e dentistas. Dispomos, diariamente, de “fichas” individuais para os pacientes que necessitam; os usuários costumam chegar bem cedo à unidade para conseguir uma consulta, fato que já foi visto com a direção e com eles.

Existem pacientes com problemas agudos e/ou imediatos, que não solicitam consultas para o enfermeiro, mas para o médico, o que gera uma sobrecarga para estes profissionais, que acabam atendendo um número excessivo de usuários. Acredito que uma forma de minimizar essa situação seria a implantação de uma triagem, com um profissional capacitado, para avaliar e definir a prioridade dos usuários, ou seja, se atendimento imediato ou agendamento da consulta.

Na minha unidade não são realizadas consultas de puericultura diariamente, mas em alguns turnos da semana pré-determinados. É realizado o teste do pezinho. Não há classificação para identificar as crianças de alto risco. No que diz respeito às ações de atenção à saúde da criança, essas não estão estruturadas de forma programática, não são realizadas em um grupo específico, apenas durante as

consultas de puericultura. Há uma cobertura de apenas 47% das crianças menores de 1 ano.

Muitas mães só procuram a UBS quando os filhos estão com algum problema de saúde e observo que as ações devem ser mediadas em cima desse ponto. Uma forma de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da saúde da criança é iniciar a busca ativa a essas crianças, através dos agentes comunitários de saúde, médicos e enfermeiros, sempre orientando as mães em relação à importância de iniciar a consulta de crescimento e desenvolvimento o mais precoce possível. Além disso, as consultas devem também ser realizadas pelos médicos, uma vez por semana, além dos enfermeiros.

Em relação ao pré-natal, as ações são estruturadas de forma programática, porém, não há um registro específico; as consultas são realizadas semanalmente, intercaladas entre o médico e o enfermeiro, seguindo o protocolo do Ministério da Saúde de acordo com cada trimestre. Acredito que o pré-natal é uma oportunidade de fazer busca ativa e orientar as gestantes a realizar o exame de citologia oncológica e das mamas, já que muitas não o fazem quando não estão grávidas.

A gestante de risco é encaminhada para o setor responsável e ela já sai com a próxima consulta agendada. A cobertura dessas usuárias é em torno de 20%, um percentual muito baixo em relação à realidade, muitas vezes por diversos fatores envolvidos, entre eles o baixo nível socioeconômico e, por conseguinte, a baixa instrução das mesmas e a falta de registros, que muitas vezes é inadequado.

Em relação à Prevenção do Câncer de Colo de Útero, a citologia oncológica é realizada por uma enfermeira e uma médica em 2 turnos da semana. Na unidade não há orientações para todas as mulheres referentes ao uso do preservativo por todos os profissionais, assim como não são realizadas ações que orientem o malefício do tabagismo.

O tipo de rastreamento é o organizado e há protocolo produzido pela secretária municipal de saúde. Nas consultas, sempre oriento a realizar a citologia oncológica e solicito a mamografia quando necessário. Acredito que uma das formas de ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer de colo de útero é realizar busca ativa às mulheres em idade fértil, orientando-as, através da consulta clínica e de palestras organizadas sobre a importância do uso de

preservativos, da realização da citologia oncótica como preconizado pelo Ministério da Saúde.

Além disso, podemos ainda iniciar um grupo com tabagistas e outra medida seria aumentar o número de dias e a quantidade de profissionais na realização desse exame, o que já está previsto para acontecer na unidade.

No que diz respeito ao controle de câncer de mama, na unidade não são realizadas ações que orientem sobre o malefício do álcool, ações de educação para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, há mulheres fora da área de cobertura que realizam o rastreamento; o tipo do rastreamento é o oportuníssimo, uma vez que não há um dia específico para isso, é realizado em todas as consultas, quando necessário.

Há um protocolo produzido pela secretaria municipal de saúde, não há arquivo específico para registrar os resultados da mamografia, não há profissionais que realizam o planejamento, gestão e coordenação do programa das ações do controle do câncer de mama.

Da mesma forma que o câncer de colo de útero, aspectos que podem ser utilizados para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade do controle do câncer de mama é realizar busca ativas as mulheres em idades específicas para a realização da mamografia e, nas jovens, realizar o exame clínico de mamas anualmente. Além disso, orientar tanto nas consultas quanto através de palestras e/ou rodas de conversas a técnica do autoexame das mamas e sua importância para o diagnóstico precoce.

Outro ponto, não menos importante, é anotar, em um livro específico, os resultados das mamografias para que possamos ter um controle melhor da quantidade de mulheres que estão em dia com o exame e realizar busca ativa daquelas que estão atrasadas ou que ainda não o realizaram. Em relação às pacientes que apresentam exames alterados, podemos, através desse livro, sempre que possível, orientá-las a procurar da UBS regularmente, bem como realizar busca ativa das faltosas.

De acordo com os dados obtidos, temos um percentual de 59% de pacientes hipertensos com mais de 20 anos residentes na área e acompanhados na UBS em relação ao Diabetes, vejo um percentual de 66%, equivalente a 507 pacientes.

Considero esse número baixo, visto que a hipertensão e a diabetes apresentam uma elevada morbimortalidade e, como já dito, são preveníveis e/ou podem ser controladas.

Acredito que esses números não condizem com a realidade, pois atendo, diariamente pacientes hipertensos e diabéticos que estão controlados, fazendo uso correto da medicação; isso envolve inúmeros fatores, dentre eles, o fato da hipertensão arterial sistêmica e do diabetes não apresentarem sintomas na maioria dos casos, e, quando apresentam (polifagia, polidipsia) não os relacionam à doença.

Esse fato faz com que os pacientes não procurem a unidade de saúde, pois referem que “não sentem nada”; o outro fator, é em relação à anotação dos dados, acredito que muitos pacientes não foram notificados na planilha, de modo que deixamos de captar muitos deles.

Na unidade não são realizados ações para o controle do peso, e que orientem sobre os malefícios do consumo excessivo de álcool para os portadores dessas enfermidades.

Fazemos orientações apenas nas consultas clínicas. Existe um turno específico para atendimento do hiperdia, mas atendo hipertensos e diabéticos todos os dias, visto que a demanda é grande. Após a consulta, não são todos os pacientes que saem com a próxima consulta agendada, só aqueles que necessitem de retorno por algum motivo. Sempre oriento os pacientes a voltar à unidade quando for renovar a próxima receita. Realizo o Score de Framingham para avaliar o risco cardiovascular dos portadores de hipertensão e diabetes.

Para ampliar a cobertura e melhorar a qualidade da atenção à HAS e ao Diabetes na unidade, inúmeros projetos podem ser realizados, entre eles, a busca ativa dos pacientes que são portadores dessas doenças, não só para renovar receitas, como muitas vezes ocorre, mas sempre orientá-los a comparecer à consulta clínica para reavaliar em relação ao peso, a dieta e ao controle da pressão.

Os exames laboratoriais devem estar em dia, para o controle adequado do valor. Palestras devem ser incentivadas, mostrando a importância de realizar atividades físicas, como por exemplo caminhadas e uma alimentação adequada.

O percentual de idosos com 60 anos ou mais residentes na área e acompanhados na UBS é 100%, o que corresponde a um número de 1.533, um

número surpreendente, ou seja, todos os idosos do meu bairro estão sendo acolhidos, seja através de consultas clínicas ou visita domiciliar.

Na verdade, essa porcentagem deveria ser alta mesmo, uma vez que a maior demanda da unidade são os idosos. Isso mostra que a população brasileira está envelhecendo e está sendo bem assistida, o que representa um ótimo indicador de saúde.

Não existe um dia fixo para o atendimento dos idosos, de modo que diariamente, em todos os turnos, há atendimentos desses pacientes, já que a demanda é sempre alta. Há um protocolo de atendimento aos idosos, produzido pela secretária municipal de saúde, de 2010. Não há registro específico para o atendimento e não há a caderneta de saúde do idoso. São realizadas atividades semanais e mensais para esse grupo de usuários, a exemplo o hiperdia, o tai-chi-chuan.

Acredito que ao longo desses meses, enfrentei muitos desafios em relação à vários aspectos, mas o mais difícil de lidar é no que diz respeito a falta de medicação e a demora na realização de exames, muitas vezes cruciais. Considero um ponto muito complexo, o fato de ter que usar uma medicação e a unidade/município não dispor desse recurso e o paciente não ter condições de adquirir. Em se tratando dos recursos, vejo que a UBS apresenta uma boa quantidade e qualidade de material para curativos, vacinação e os de materiais utilizados para realização das ações coletivas mensalmente.

1.3 Comentário comparativo entre o texto inicial e o relatório da análise situacional

Comparando o relatório aqui descrito e o texto realizado a respeito do posto há algumas semanas, percebo que a quantidade de informações colhidas, ao longo desse tempo, foi de suma importância para um conhecimento mais aprofundado da unidade. Informações básicas, detalhes e o funcionamento das atividades no posto foram sendo adquiridas e aprofundadas de acordo com os questionários e com o dia-a-dia.

É perceptível a necessidade de melhoria em muitos aspectos e o quanto estamos distantes do ideal, mas, aos poucos, vamos fazendo a nossa parte e melhorando cada vez mais a saúde como um todo.

2 ANÁLISE ESTRATÉGICA

2.1 Justificativa

As doenças cardiovasculares tem sido a principal causa de morte no Brasil, entre elas, a mortalidade por doença cardíaca hipertensiva tem crescido nos últimos anos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSAO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão). Os desafios do controle e prevenção da HAS e suas complicações são, sobretudo, das equipes de Atenção Básica (AB). As equipes são multiprofissionais, cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e a clientela adscrita, levando em conta a diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos.

O Diabetes Mellitus é importante pela crescente prevalência e por estar geralmente associado à dislipidemia, à hipertensão arterial e à disfunção endotelial. É um problema de saúde considerado Condição Sensível à Atenção Primária, ou seja, evidências demonstram que o bom manejo deste problema ainda na Atenção Básica evita hospitalizações e mortes por complicações cardiovasculares e cerebrovasculares (Cadernos de Atenção Básica, n. 36).

Diante disso, observamos a importância da ação programática na prevenção e controle dessas enfermidades, buscando aperfeiçoar atendimentos já realizados aos usuários, ampliando esse acesso e qualificando melhor as atividades já realizadas.

A UBS localiza-se em zona urbana, possui 4 equipes, cada uma com 1 médico, 5 agentes de saúde, 1 enfermeira, 1 técnico de enfermagem, 1 dentista, 1 auxiliar de dentista, com exceção da minha equipe, sem dentista, os pacientes são reencaminhados para as outras equipes da unidade quando necessário. A unidade cobre uma população de 13.000 pessoas e atualmente há 59% de hipertensos e 66% de diabéticos, o que equivale a um número de 1.595 e 507 respectivamente, sendo atendidos na UBS.

Percebo que apesar dessa porcentagem ser relativamente alta, quando comparado aos outros percentuais, muitos desses pacientes apenas renovam receitas e nesse número também está incluso pacientes fora de área.

Pretendo aumentar a cobertura do hiperdia, agendar as consultas dos pacientes, para facilitar o acesso, criar uma ficha específica, com o que é recomendado pelo Ministério da Saúde, como por exemplo, avaliação antropométrica, avaliação de sensibilidade dos membros inferiores, solicitação de fundoscopia, eletrocardiograma e orientação nutricional com especialista.

No momento, para esse grupo específico de pacientes, não é realizado ações de promoção à saúde fora da consulta clínica. Acredito que palestras desse tipo podem melhorar a qualidade de vida dos pacientes, através de informações que os mesmos desconhecem.

Na ação programática, vou contar com o apoio de toda a equipe e principalmente dos agentes comunitários de saúde, que realizarão a busca ativa dos faltosos e para aqueles que só querem renovar receitas, fazendo o agendamento das consultas. As principais limitações serão a busca dos usuários não cadastrados no programa, os atrasos nos exames laboratoriais e a falta dos medicamentos na própria unidade de saúde, mas que isso já pode ser resolvido nas farmácias populares.

O fato de a unidade possuir uma ampla área externa, ao ar livre, nos estimula à realização de atividades, sejam palestras, grupos ou alongamentos. Acredito que com essa intervenção, garantiremos uma boa qualidade de vida com uma diminuição de sequelas e/ou óbitos por essas doenças, e como consequência, uma redução nos óbitos por causas cardiovasculares.

2.2 Objetivos e metas

2.2.1 Objetivo geral

Melhoria da Atenção à Saúde dos Hipertensos e Diabéticos da Unidade de Saúde Panatis, Natal – RN.

2.2.2 Objetivos específicos

Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos;
Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.
Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa;
Melhorar o registro das informações;
Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular;
Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura a hipertensos e/ou diabéticos

- 1.1 - Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;
- 1.2. Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos

- 2.1. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;
- 2.2. Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;
- 2.3. Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- 2.4. Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;
- 2.5. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;
- 2.6. Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;
- 2.7. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;
- 2.8. Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

- 3.1. Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

3.2. Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

4.1. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

4.2. Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

5.1. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

5.2. Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

6.1. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

6.2. Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

6.3. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

6.4. Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

6.5. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

6.6. Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

6.7. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

6.8. Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

2.3 Metodologia

O trabalho foi realizado no período de 8 de agosto de 2014 a 31 de outubro de 2014, envolveu uma população de 13.000 habitantes. Os manuais adotados foram os cadernos de atenção básica de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus, de 2013.

2.4. Ações

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Metas 1 - Cadastrar 100% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Cadastrar 100% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial Sistêmica e ao Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Detalhamento da ação: O monitoramento deverá ser realizado e atualizado trimestralmente, através do cadastro dos pacientes no hiperdia, pelos agentes comunitários de saúde. Também haverá a busca ativa aos pacientes faltosos.

Organização e Gestão do Serviço

- Garantir o registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa;
- Melhorar o acolhimento para esses pacientes;
- Garantir material adequado para a verificação da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fitas métricas) e do hemoglicoteste na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Os agentes comunitários de saúde irão realizar a busca ativa aos pacientes que são portadores dessas enfermidades, mas não estão cadastrados no programa hiperdia, para que se insiram e possam realizar o acompanhamento, através das consultas clínicas e de enfermagem. A equipe irá solicitar fitas de hemoglicoteste ao órgão responsável, pois o aparelho já está disponível na unidade, assim como já está disponível o aparelho para verificação da pressão arterial. Disponibilizar 1 ou 2 turnos específicos para o atendimento desses pacientes, com agendamento prévio.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a existência do hiperdia;
- Orientar a importância de verificar a pressão arterial a partir de 18 anos, anualmente;
- Orientar a importância da triagem de diabetes mellitus em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e em parentes de 1º grau;
- Orientar a comunidade sobre os fatores de risco para essas enfermidades.

Detalhamento das ações: Conscientizar a população geral, através de palestras, mensais, consultas médicas, de enfermagem e junto com os agentes comunitários de saúde durante as visitas, sobre os fatores de risco para essas enfermidades, a importância de realizar consultas médicas para quem possui algum fator de risco ou para aqueles que apresentam parentes de primeiro grau hipertensos e/ou diabéticos. Além disso, nesses encontros apresentar o programa hiperdia, seus objetivos e a importância de verificar a pressão arterial a partir de 18 anos, anualmente.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, peso, altura e cintura abdominal;
- Realizar o hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg.

Detalhamento das ações: Aferir a pressão arterial dos pacientes antes das consultas, com um descanso de 20 minutos após chegar à unidade. Medir o peso, a altura e a cintura abdominal dos pacientes para posterior cálculo do IMC e

verificação de um possível fator de risco cardiovascular, através do aumento da cintura abdominal e do IMC. Além disso, verificar a glicemia, através do hemoglicoteste, para os pacientes portadores de diabetes mellitus e/ou que estejam com a pressão arterial maior do que 135x80 mmHg. Todas essas ações poderão ser realizadas pela técnica de enfermagem que está na triagem e que já é capacitada.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos;

- Monitorar o número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e com a periodicidade;

- Monitorar o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações: Criar ficha específica para anotações de consultas e dos seguintes itens: dia da consulta, exames solicitados, medicações em uso, se compra

os remédios ou se adquire na farmácia popular, deixar retorno agendado para três meses. Além disso, na ficha deve constar se os pacientes trouxeram os resultados dos exames solicitados. Anexar ficha ao prontuário. Realizar anotações nos prontuários.

Organização e Gestão do Serviço

- Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos;
- Organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde;
- Dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde;
- Garantir a solicitação dos exames complementares;
- Garantir com a gestão e/ou direção à agilidade para a realização dos exames complementares;
- Estabelecer sistemas de alerta em relação aos exames complementares preconizados;
- Realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos;
- Manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Realizar reuniões para definir os técnicos capacitados que ficarão na triagem, para uma adequada aferição da pressão arterial e realização do hemoglicoteste. Numa das reuniões a médica irá apresentar a equipe, os protocolos que serão utilizados e já disponíveis na unidade. A médica e a enfermeira irão solicitar exames complementares trimestralmente e encaminhar ao oftalmologista anualmente para a realização da fundoscopia. Entrar em contato com a direção e/ou gestão a fim de agilizar os exames complementares. Priorizar os pacientes que necessitam realizar esses exames com mais urgência. Orientar a pessoa responsável que sempre verifique a data de validade dos medicamentos da farmácia, para que não libere remédios já vencidos e que faça uma lista mensalmente dos medicamentos de hipertensos e diabéticos em falta.

Engajamento Público

- Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e do diabetes;
- Orientar sobre a importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente;
- Orientar quanto à necessidade de realização de exames complementares e a periodicidade com que devem ser realizados esses exames complementares;
- Orientar sobre o direito de ter acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso.

Detalhamento das ações: Realizar orientações aos pacientes sobre a importância de realizar os exames solicitados, a periodicidade, a seriedade dos riscos cardiovasculares e neurológicos causados por essas doenças, a importância de cuidar dos pés, evitando assim complicações e a utilização de calçados adequados. Essas orientações serão dadas pelo profissional médico, enfermeiro e dentista durante as consultas clínicas e palestras realizadas periodicamente para esses grupos. Além disso, os profissionais realizarão o teste de sensibilidade e a palpação dos pulsos nas consultas. Os pacientes serão orientados a marcarem consulta trimestralmente. Os profissionais deverão questionar os pacientes se adquirem os medicamentos na farmácia popular, caso não o façam, orientar para a realização do cadastro.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização de exame clínico apropriado;
- Seguir o protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares;
- Capacitar a equipe para orientar os usuários sobre as alternativas para obter acesso a medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Detalhamento das ações: Realizar reuniões com a equipe para discutir sobre a técnica de realização do exame clínico e solicitação de exames complementares conforme o protocolo da unidade. Ajustar medicações. Orientar os agentes comunitários de saúde e os pacientes no que diz respeito à medicação, primeiramente verificar se os remédios estão disponíveis na farmácia da unidade de

saúde, caso não estejam, orientar o cadastro nas farmácias populares, para que os pacientes não fiquem, em nenhum momento, sem a medicação.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

- Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia).

Detalhamento da ação: Disponibilizar a ficha específica para os agentes comunitários de saúde e junto com eles, analisar quantos pacientes não estão cumprindo a periodicidade das consultas, orientá-los a buscar esses pacientes faltosos e lembrar aos pacientes, dias antes, a consulta agendada.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar visitas domiciliares para buscar os faltosos;
- Organizar a agenda para acolher os hipertensos e diabéticos provenientes das buscas domiciliares;
- Realizar visitas domiciliares aos pacientes acamados ou que por algum motivo não apresentam condições de ir à unidade de saúde.

Detalhamento das ações: Com a ficha supracitada, os agentes poderão realizar busca ativa dos faltosos e agendar novas consultas. Agendar visitas domiciliares, em turno específico, para a consulta de pacientes hipertensos e diabéticos, de acordo com prioridades, que não podem se deslocar ao posto por algum motivo. Verificar a pressão desses pacientes e realizar o hemoglicoteste. Solicitar os exames conforme protocolo.

Engajamento Público

- Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas;

- Ouvi-los sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabetes (se houver número excessivo de faltosos);
- Esclarecer a esses pacientes e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas.

Detalhamento das ações: Realizar agendamento de todas as consultas de hipertensos e diabéticos em turnos específicos, utilizando critérios de prioridades. Além disso, a cada consulta, os pacientes já devem sair com a próxima consulta (em 3 meses) agendada e devem ser orientados para tal. Nos encontros mensais com o grupo, a equipe irá abordar sobre a importância de não faltar a consulta, sua periodicidade e caso a evasão as consultas esteja grande, tentar identificar os motivos das ausências para que a equipe procure criar estratégias a fim de melhorar a adesão dos pacientes.

Qualificação da Prática Clínica

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade.

Detalhamento da ação: Realizar reuniões com os agentes, disponibilizar a ficha e orientar quais pacientes estão marcados e a importância de não faltar à consulta.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

Metas - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde.

Detalhamento da ação: Conforme já citado, anotar nos prontuários todas as informações importantes e criar ficha específica para esses pacientes com o objetivo de melhorar o controle. Esta ficha ficará num local acessível a todos os profissionais.

Organização e Gestão do Serviço

- Manter as informações do SIAB atualizadas;
- Implantar planilha/registro específico de acompanhamento;
- Pactuar com a equipe o registro das informações;
- Organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Detalhamento das ações: Conforme já citado, será criada uma ficha específica para esses pacientes. Realizar busca ativa aos pacientes que não realizaram os exames, aos faltosos e aqueles pacientes que por algum motivo não realizou o exame clínico de forma global, incluindo avaliação de órgãos alvos, estratificação de risco, para que retornem ao posto. A ficha deverá ser anexada ao prontuário do paciente e todos os profissionais irão registrar os dados durante o atendimento e quando identificar qualquer irregularidade informará ao ACS para fazer a busca ativa.

Engajamento Público

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação à manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário.

Detalhamento da ação: Orientar aos pacientes, seja na consulta clínica, seja com os agentes comunitários de saúde, o direito que eles têm a cópia do prontuário, se necessário e apresentar-lhes a ficha específica e a importância dela, para o mesmo saber que está sendo monitorizado de perto.

Qualificação da Prática Clínica

- Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessários ao acompanhamento do hipertenso e diabético;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas.

Detalhamento das ações: Realizar reunião e apresentar à equipe a ficha específica, seus pontos, o que deve ser preenchido e esclarecer as dúvidas. Deve ser reforçado

que todos procedimentos realizados durante as consultas deverão ser registrado corretamente. Cada agente de saúde deve ficar com uma cópia de seus pacientes.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas: - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano.

Detalhamento da ação: Realizar a estratificação cardiovascular, através do score de Framingham, anualmente. Esse ponto também deve estar contido na ficha específica para que possamos saber qual paciente ainda falta realiza-lo.

Organização e Gestão do Serviço

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, organizar a agenda para o atendimento desta demanda.

Detalhamento da ação: Acompanhar mais de perto os pacientes que apresentam alto risco cardiovascular, através de busca ativa e juntamente com os agentes comunitários de saúde. Procurar saber se esses pacientes estão fazendo o uso correto e rotineiro das medicações. Os que não possuem condições de tomar as medicações por conta própria ou dependem de cuidadores, orientar os mesmo sobre a importância do uso correto dos remédios. Deixar algumas vagas disponíveis na agenda para atendimento a esses pacientes.

Engajamento Público

- Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular
- Esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação).

Detalhamento da ação: Manter o paciente e a família informados sobre o seu risco cardiovascular. Estimular, nas consultas clínicas e através de palestras, a importância de uma alimentação saudável e da perda de peso, principalmente dos obesos.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a realização e a importância da estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo;
- Capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis.

Detalhamento das ações: A médica irá reunir a equipe e discutir a respeito da prevenção e orientação de fatores de risco para esses pacientes e familiares, inclusive de lesões em órgãos alvos.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Ações:

Monitoramento e Avaliação

- Monitorar a realização de consultas periódicas anuais dos hipertensos e diabéticos com o dentista;
- Realizar orientação nutricional, prática de atividade física regular, riscos do tabagismo.

Detalhamento das ações: Anotar na ficha específica e no prontuário se os pacientes estão seguindo uma dieta específica, realizando atividades físicas, interromperam o tabagismo. Além disso, monitorar se ele está sendo acompanhado periodicamente pelo dentista. Os registros dos atendimentos deverão constar no prontuário.

Organização e Gestão do Serviço

- Organizar a agenda da atenção à saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos;
- Estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico;
- Demandar junto a direção oferta de consultas com dentista para estes pacientes;
- Organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física regular;
- Demandar junto a direção parcerias institucionais para envolver nutricionistas e educadores físicos nesta atividade;
- Demandar ao gestor a compra de medicamentos para o tratamento do "abandono ao tabagismo".

Detalhamento das ações: Realizar reuniões com os dentistas para agendar consultas em turnos específicos para esses pacientes, de acordo com prioridades. Oferecer palestras de incentivo a alimentação saudável e a importância de atividades físicas, com nutricionista e educador físico. Tentar conseguir e iniciar o tratamento com adesivo nicotínico para os pacientes tabagistas. Estimular e organizar junto com a equipe atividade como caminhadas regulares.

Engajamento Público

- Buscar parcerias na comunidade, reforçando a intersetorialidade nas ações de promoção da saúde;
- Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista;

- Orientar hipertensos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável e de atividades físicas regulares;
- Orientar os hipertensos tabagistas sobre a existência de tratamento para abandonar o tabagismo.

Detalhamento das ações: Reunir com a direção e buscar parcerias para realizar caminhadas, café da manhã saudável, palestras. Orientar em consultas, através de palestras e junto com a equipe, a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física regular e incentivo ao abandono do tabagismo, através de medicações específicas.

Qualificação da Prática Clínica

- Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável e atividades físicas regulares;
- Capacitar a equipe da unidade de saúde sobre metodologias de educação em saúde e tratamento do tabagismo.

Detalhamento das ações: Realizar, junto com a equipe, reuniões para priorizar o atendimento dos mais necessitados na saúde bucal e capacitá-los em relação a saúde bucal, alimentação saudável e atividades físicas, através da leitura do protocolo. Será utilizada a reunião de equipe para esse treinamento.

2.5. Indicadores

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura de hipertensos e diabéticos.

Metas 1 - Cadastrar 80% dos hipertensos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde;

Cadastrar 80% dos diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Indicador 1 - Cobertura do programa de atenção aos hipertensos na unidade de saúde.

Numerador: Número de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial da unidade de saúde.

Denominador: Número total de hipertensos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 1.1 - Cobertura do programa de atenção aos diabéticos na unidade de saúde.

Numerador: Número de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde.

Denominador: Número total de diabéticos residentes na área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas 2 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos;

- Realizar exame clínico apropriado em 100% dos diabéticos;

- Garantir a 100% dos hipertensos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

- Garantir a 100% dos diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo;

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

- Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde;

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos;

- Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos diabéticos.

Indicador 2 - Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de hipertensos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.
Indicador 2.2- Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número de diabéticos com exame clínico apropriado.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.3 - Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de hipertensos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.4 - Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

Numerador: Número total de diabéticos com exame complementar em dia.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 2.5 - Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de hipertensos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.6 - Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

Numerador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia.

Denominador: Número de diabéticos com prescrição de medicamentos.

Indicador 2.7 - Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de hipertensos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Indicador 2.8 - Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Numerador: Número de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

Denominador: Número total de diabéticos inscritos no programa e pertencentes à área de abrangência da unidade de saúde.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa.

Metas - Buscar 100% dos hipertensos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada;

- Buscar 100% dos diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador 3 - Proporção de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de hipertensos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Indicador 3.1 - Proporção de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Numerador: Número de diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde faltosos às consultas.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações.

Metas - Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde;

- Manter ficha de acompanhamento de 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4 - Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 4.1 - Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com registro adequado na ficha de acompanhamento.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular.

Metas: - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

- Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5 - Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 5.1 - Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

Numerador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde com estratificação do risco cardiovascular.

Denominador: Número total de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos.

Metas - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos;

- Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos diabéticos;

- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos;

- Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes diabéticos;

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos;

- Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes diabéticos;

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos;

- Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes diabéticos.

Indicador 6 - Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.1 - Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre alimentação saudável.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.2 - Proporção de hipertensos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.3 - Proporção de diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre prática regular de atividade física.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.4 - Proporção de hipertensos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.5 - Proporção de diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.6 - Proporção de hipertensos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de hipertensos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador 6.7 - Proporção de diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

Numerador: Número de pacientes diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal.

Denominador: Número de diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

2.6. Logística

Para realizar a intervenção no programa de hipertensão e diabetes, adotei os cadernos de atenções básicas para essas enfermidades do ano de 2013, do Ministério da Saúde. Para registro, utilizei o prontuário e uma ficha específica criada para esse fim, com os indicadores necessários ao monitoramento da intervenção. Estimamos com essa intervenção cadastrar 80% dos pacientes hipertensos e diabéticos. Para que todos os pacientes dispusessem da ficha, entrei em contato com o gestor municipal para imprimir-las e anexá-las aos prontuários.

O registro foi organizado pela enfermeira e pelos agentes comunitários de saúde, que revisaram o livro identificando os pacientes que faltaram à consulta já agendada e realizaram busca ativa desses pacientes.

O cadastro foi realizado pelos agentes comunitários de saúde, de forma espontânea ou através de busca ativa, utilizando a ficha específica do programa hiperdia, já disponível na unidade. O monitoramento foi realizado pela enfermeira e/ou médico mensalmente.

Os agentes comunitários de saúde realizaram busca ativa dos pacientes que ainda não estavam cadastrados no programa. A técnica de enfermagem verificou a

pressão arterial e realizou o hemoglicoteste a todos os pacientes hipertensos e/ou diabéticos, antes das consultas. Os pacientes que apresentarem pico hipertensivo na consulta foram medicados e verificados novamente a pressão, até atingir o valor ideal. Houve um turno específico para o atendimento desses pacientes, seja pré-agendado ou por demanda espontânea.

Os pacientes que faltaram a consulta foram encaixados nas 2 fichas diárias para esses pacientes, de modo que puderam ser acolhidos pelos agentes comunitários de saúde. O médico, agente de saúde e a enfermeira realizaram visitas domiciliares aos pacientes hipertensos e diabéticos que por algum motivo não puderam se deslocar até a unidade de saúde, em turnos específicos para visitas, conforme prioridade dada pelos agentes.

Aqueles pacientes de alto risco tiveram suas prioridades na sua consulta agendada pela atendente. Eles foram lembrados da consulta pelos agentes comunitários de saúde e verificados se estavam usando as medicações corretamente.

A dentista disponibilizou fichas para os pacientes hipertensos e/ou diabéticos e toda a equipe orientou sobre uma dieta adequada, a prática de atividade física regular e a importância de abandonar o cigarro. Além disso, houve a conscientização da comunidade sobre a importância do acompanhamento na Unidade de Saúde e da prevenção a fim de evitar complicações.

Os agentes de saúde realizaram busca ativa aos pacientes hipertensos e/ou diabéticos, tabagistas e marcaram as consultas. O médico iniciou o tratamento com adesivo nicotínico para os pacientes tabagistas, assim que foi possível. O médico reuniu-se com a direção e solicitou um nutricionista e um educador físico pelo menos 1x por mês para realizar palestras de incentivo a esses pacientes. Além de tentar parcerias para realizar caminhadas, café da manhã saudável e palestras.

3 RELATÓRIO DA INTERVENÇÃO

3.1 As ações previstas no projeto que foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Após doze semanas do projeto de intervenção ter sido implantado no posto de saúde, com melhoria à saúde, mais especificamente de hipertensos e diabéticos na ESF Panatis, em Natal/RN, podemos chegar a algumas conclusões, que serão aqui apresentadas.

Dentre as ações que foram previstas no projeto, muitas foram cumpridas integralmente, outras nem tanto. Como aprofundamento, podemos dizer que, em relação às ações - Monitoramento do número de hipertensos e diabéticos cadastrados no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, foi realizada integralmente, uma vez que todas as semanas, nas reuniões, esse número era administrado junto com a equipe.

Outra ação - Garantia do registro dos hipertensos e diabéticos cadastrados no programa, melhora do acolhimento para os pacientes portadores de HAS e DM, garantia de material adequado para a tomada da medida da pressão arterial (esfigmomanômetro, manguitos, fita métrica) e para a realização do hemoglicoteste na unidade de saúde. O registro dos pacientes foi realizado parcialmente, uma vez que, os próprios agentes de saúde tinham dificuldade em saber quais os pacientes que já estavam cadastrados e quais necessitavam ser cadastrados; aqueles que necessitavam realizar o procedimento eram marcados na agenda dos agentes de saúde.

O acolhimento foi realizado de forma integral para esses pacientes, de modo que sempre havia espaço na agenda para uma consulta mais urgente. No que diz respeito ao material, a pressão arterial sempre era aferida pela técnica através do esfigmomanômetro, que já se encontrava calibrada, o peso e a altura também eram medidos.

Durante o período de intervenção, a equipe informou a comunidade sobre a existência do Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde, a importância de medir a pressão arterial a partir dos 18 anos, pelo menos, anualmente; o rastreamento para DM em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg e parentes de 1º grau; fatores de risco para o desenvolvimento de hipertensão e diabetes.

Essas ações foram realizadas integralmente e de forma conjunta, uma vez que em todas as consultas clínicas, seja de pacientes hipertensos e/ou diabéticos, essas questões eram sempre discutidas, os pacientes eram orientados em relação a isso.

Foi realizada a capacitação da equipe da unidade de saúde sobre a técnica correta para verificação da pressão arterial de forma criteriosa, incluindo uso adequado do manguito, peso, altura e cintura abdominal. Além disso, foi feita a capacitação dos ACS para o cadastramento de diabéticos de toda área de abrangência da unidade de saúde e a capacitação da equipe da unidade de saúde para realização do hemoglicoteste em adultos com pressão arterial sustentada maior que 135/80 mmHg, sendo realizados de forma parcial, uma vez que o hemoglicoteste não foi disponibilizado em nenhum momento.

Em contrapartida, as técnicas de enfermagem já possuíam conhecimento em relação a verificação da pressão, peso, altura e cintura abdominal.

O monitoramento da realização de exame clínico apropriado dos pacientes hipertensos e diabéticos, do número de hipertensos e diabéticos com exames laboratoriais solicitados de acordo com o protocolo adotado na unidade de saúde e o acesso aos medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia foi realizado de forma integral.

Todas as semanas, nas reuniões de equipe, através da ficha espelho e dos prontuários, eram analisados quais pacientes faltavam realizar e/ou mostrar os exames complementares e quais deles não utilizavam medicamentos da farmácia popular. Dessa forma, podíamos marcar novas consultas para aqueles que não se encaixavam nesses pontos, para uma adequada correção.

Orientar os pacientes e a comunidade quanto aos riscos de doenças cardiovasculares e neurológicas decorrentes da hipertensão e diabetes e sobre a

importância de ter os pés, pulsos e sensibilidade de extremidades avaliadas periodicamente. Orientar os pacientes e a comunidade quanto a necessidade de realização de exames complementares, quanto a periodicidade com que devem ser realizados esses exames e quanto ao direito dos usuários de ter acesso aos medicamentos Farmácia Popular/Hiperdia e possíveis alternativas para obter este acesso. Todas essas ações foram realizadas diariamente, em cada consulta clínica.

Aqueles pacientes que ainda pagavam para adquirir as medicações foram orientados e direcionados para a farmácia popular. O retorno para nova realização de exame clínico e exames complementares já era marcado na agenda.

A capacitação da equipe para a realização de exame clínico apropriado, para o seguimento do protocolo adotado na unidade de saúde para solicitação de exames complementares também foi realizado integralmente e, sempre que os agentes de saúde achavam que tinha algo estranho no exame clínico, marcavam nova consulta para mim ou solicitavam visita domiciliar.

O monitoramento do cumprimento da periodicidade das consultas previstas no protocolo (consultas em dia) foi realizado semanalmente, nas reuniões de equipe, através dos prontuários e da ficha espelho.

A organização de visitas domiciliares para buscar os faltosos, da agenda para acolher os hipertensos provenientes das buscas domiciliares e a realização de visitas domiciliares aos pacientes acamados ou que por algum motivo não apresentam condições de ir à unidade de saúde também era realizado diariamente e semanalmente. Todas as semanas, em dois turnos, fizemos visitas domiciliares para os pacientes que não podiam se descolar até a unidade de saúde.

Outras ações, como - Informar a comunidade sobre a importância de realização das consultas, ouvir a comunidade sobre estratégias para não ocorrer evasão dos portadores de hipertensão e diabéticos (se houver número excessivo de faltosos), esclarecer aos portadores de hipertensão e diabéticos e à comunidade sobre a periodicidade preconizada para a realização das consultas, foram realizados de forma parcial, uma vez que, tivemos apenas uma reunião com o grupo e não obtivemos o contato para a realização de estratégias para que não ocorresse a evasão desses pacientes. Os outros pontos foram bem sucedidos.

Treinar os ACS para a orientação de hipertensos e diabéticos quanto a realizar as consultas e sua periodicidade. Essa questão era mais uma discutida semanalmente. Além disso, eles já estavam cientes da periodicidade, pois leram o protocolo.

Monitorar a qualidade dos registros de hipertensos e diabéticos acompanhados na unidade de saúde, essa ação foi sendo realizada ao longo de todas as semanas, na medida em que atualizávamos as ficha espelhos e realizávamos busca ativa aos que faltavam.

Manter as informações do SIAB atualizadas, implantar planilha/registro específico de acompanhamento, pactuar com a equipe o registro das informações, organizar um sistema de registro que viabilize situações de alerta quanto ao atraso na realização de consulta de acompanhamento, ao atraso na realização de exame complementar, a não realização de estratificação de risco, a não avaliação de comprometimento de órgãos alvo e ao estado de compensação da doença.

Esses pontos foram parcialmente concretizados, uma vez que foram utilizados as ficha espelhos e as do e-sus, mas o sistema de registro não chegou a ser organizado.

Orientar os pacientes e a comunidade sobre seus direitos em relação a manutenção de seus registros de saúde e acesso a segunda via se necessário. Essa questão era sempre discutida nas consultas clínicas, os pacientes eram sempre orientados nesses aspectos e a comunidade também, através dos agentes de saúde.

Treinar a equipe no preenchimento de todos os registros necessário ao acompanhamento do hipertenso, capacitar a equipe da unidade de saúde para o registro adequado dos procedimentos clínicos em todas as consultas. Essas ações não foram realizadas, pois quem preenchia a ficha espelho era somente a minha pessoa. A ficha foi apresentada a equipe, mas só para eles conhecerem.

Monitorar o número de pacientes hipertensos e diabéticos com realização de pelo menos uma verificação da estratificação de risco por ano. Isso foi realizado em toda reunião, através dos prontuários e da ficha espelho.

Priorizar o atendimento dos pacientes avaliados como de alto risco, organizar a agenda para o atendimento desta demanda. Paciente com certa urgência entrava como prioridade e era atendido tão logo possível.

Orientar os usuários quanto ao seu nível de risco e à importância do acompanhamento regular, esclarecer os pacientes e a comunidade quanto à importância do adequado controle de fatores de risco modificáveis (como alimentação). Essas ações foram realizadas em todas as consultas e através da conscientização e orientação da comunidade, por meio da palestra realizada e dos agentes de saúde.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. O escore foi apresentado a equipe, mas como eles não preenchiam a ficha, não o realizavam. Em contrapartida, a equipe sempre esteve presente na questão de orientação dos fatores de risco.

Monitorar a realização de consultas periódicas anuais, orientação nutricional, realização de orientação para atividade física regular, riscos do tabagismo aos hipertensos e diabéticos. Toda a equipe ficou responsável por essas ações, uma vez que a intervenção se tornou rotina no dia-a-dia, isso acabou se tornando rotina também.

Organizar a agenda da atenção a saúde bucal de forma a possibilitar a atenção aos hipertensos e diabéticos, estabelecer prioridades de atendimento considerando a classificação do risco odontológico, demandar junto ao gestor oferta de consultas com dentista para estes pacientes, organizar práticas coletivas sobre alimentação saudável e atividade física, demandar junto a direção parcerias institucionais para envolver nutricionistas nesta atividade.

Todos esses aspectos foram abordados, com toda a equipe, já que para realmente funcionar, há a necessidade da multidisciplinaridade.

Mobilizar a comunidade para demandar junto aos gestores municipais garantia da disponibilização do atendimento com dentista, Orientar hipertensos, diabéticos e seus familiares sobre a importância da alimentação saudável, prática de atividade física regular. Esses pontos foram todos abordados com êxito.

Capacitar a equipe para a avaliação e tratamento bucal do paciente hipertenso e diabético, capacitar a equipe da unidade de saúde sobre práticas de alimentação saudável, promoção da prática de atividade física regular, metodologias de educação em saúde. Também foi abordado diariamente.

No que diz respeito à coleta de informações da planilha de dados, tive mais dificuldade para calcular o score de Framingham, pois para poder alcançar o seu valor, há a necessidade de alguns exames complementares, que quase sempre os pacientes não tinham atualizado, de modo que, inicialmente eu tinha que solicitar os exames, o paciente tinha que realizar e posteriormente voltar para me mostrar. Acredito que nesse intercurso muitos pacientes acabam se perdendo e dificilmente voltam.



Figura 1 – Grupo do hiperdia. Natal/RN, 2014.
Fonte – UBS de Panatis



Figura 2 – Tenda do conto. Natal/RN, 2014.
Fonte – UBS de Panatis



Figura 3 – Tenda do conto e grupo do hiperdia. Natal/RN, 2014
Fonte – UBS de Panatis



Figura 4 – Reunião com a equipe. Natal/RN
Fonte – UBS de Panatis

3.2 As ações previstas no projeto que não foram desenvolvidas, examinando as facilidades e dificuldades encontradas e se elas foram cumpridas integralmente ou parcialmente.

Não conseguimos realizar o hemoglicoteste em nenhum paciente, por falta de fitas, que foi solicitado à secretária, mas não obtivemos respostas.

Definir atribuições de cada membro da equipe no exame clínico de pacientes hipertensos e diabéticos, garantir a solicitação dos exames complementares, garantir com a direção e/ou gestão a agilidade para a realização dos exames complementares definidos no protocolo, estabelecer sistemas de alerta os exames complementares preconizados, realizar controle de estoque (incluindo validade) de medicamentos, manter um registro das necessidades de medicamentos dos hipertensos cadastrados na unidade de saúde, organizar a capacitação dos profissionais de acordo com os protocolos adotados pela unidade de saúde, dispor de versão atualizada do protocolo impressa na unidade de saúde.

Algumas dessas ações não foram realizadas de forma integral, como por exemplo, as atribuições de cada membro da equipe no exame clínico, visto que só quem realizava a consulta e preenchia a ficha-espelho era eu, os outros membros da equipe ficavam responsáveis mais pela busca ativa e marcação de consultas. Em contrapartida, os outros pontos foram integralmente realizados.

Capacitar a equipe para realizar estratificação de risco segundo o escore de Framingham ou de lesões em órgãos alvo, capacitar a equipe para a importância do registro desta avaliação, capacitar a equipe quanto a estratégias para o controle de fatores de risco modificáveis. O escore foi apresentado à equipe, mas como eles não preenchiam a ficha, não o realizava.

A busca de parcerias foi colocada em pauta na reunião com a direção, mas a mesma não obteve êxito.

3.3 Dificuldades encontradas na coleta e sistematização de dados relativos à intervenção, fechamento das planilhas de coletas de dados, cálculo dos indicadores.

Desde o início da intervenção surgiram muitas dificuldades, principalmente no quesito preenchimento da planilha de dados, uma vez que muitos pacientes não estavam cadastrados no programa Hiperdia e outros que estavam inseridos não moravam mais na área de abrangência da unidade. Isso se deveu ao fato de que esse cadastro foi realizado há muitos anos pelos agentes comunitários de saúde e encontrava-se desatualizado. Apesar disso, tentamos contornar a situação através da busca ativa e anotações nos prontuários e na ficha espelho.

O fechamento da planilha de coleta de dados e o cálculo dos indicadores foi preenchido e revisado por mim, uma vez que era a única pessoa que tinha acesso a esses dados.

3.4 Análise da viabilidade da incorporação das ações previstas no projeto à rotina do serviço descrevendo aspectos que serão adequados ou melhorados para que isto ocorra.

As ações aqui abordadas tornaram-se rotinas no dia-a-dia da unidade, de forma que não parávamos para analisar se aquele ponto estava ou não dentro da intervenção, pois já se tornou padrão. Parte da unidade se mobilizou para que as ações fossem devidamente cumpridas e tenho a sensação de grande melhoria para a comunidade e para o posto. Acredito que mesmo com o fim da intervenção, nada vai mudar, pois pretendo continuar incorporando as ações na rotina da Unidade.

De uma forma geral, percebo que houve um engajamento por parte de toda a equipe e da unidade, apesar das dificuldades encontradas, soubemos administrar e conseguir fazer um bom trabalho. Os pacientes se mostraram satisfeitos com a intervenção, pois muitos deles apresentavam dificuldades em conseguir uma consulta e há anos não frequentavam um consultório médico, pois tinham as suas medicações adquiridas através de renovações de receitas.

Com o aprimoramento das ações, o turno específico e ao longo das semanas toda a equipe, a comunidade e a unidade de saúde notou a diferença após a intervenção e deseja que continue com as melhorias.

4 AVALIAÇÃO DA INTERVENÇÃO

4.1 Resultados

A intervenção buscou a melhoria da atenção à saúde dos hipertensos e diabéticos da ESF Panatis, Natal-RN. Relatarei como cada indicador evoluiu ao longo da intervenção.

Objetivo 1 - Ampliar a cobertura dos hipertensos e/ou diabéticos

- Meta: Cadastrar 80% dos hipertensos e diabéticos da área de abrangência no Programa de Atenção à Hipertensão Arterial e à Diabetes Mellitus da unidade de saúde

- Indicador: Cobertura do programa de atenção ao hipertenso e diabético na unidade de saúde.

No primeiro mês tivemos um total de 32 pacientes hipertensos (1,6%) e 18 diabéticos (3,7%) cadastrados no programa do hiperdia, no segundo mês tivemos um total de 17 hipertensos (0,9%) e 10 diabéticos (2%), no terceiro mês 72 hipertensos (3,6%) e 46 diabéticos (9,4%).

Percebemos que o número encontra-se bem inferior ao esperado, que seria uma meta de 80%. Apesar disso, houve crescimento ao longo dos meses, o que nos mostra um ponto positivo, pois acredito que no decorrer do tempo atingiremos essa meta.

Como o grupo dos hipertensos e diabéticos estava suspenso e não existia nenhum tipo de intervenção na unidade sobre esses pacientes, considero que a evolução mensal foi satisfatória. Muitos pacientes resistiam em ir à consulta e, junto com toda a equipe, principalmente com os agentes de saúde, conseguimos essa pequena evolução. Fiquei meio decepcionada com a pequena porcentagem atingida, apresentava uma maior expectativa.

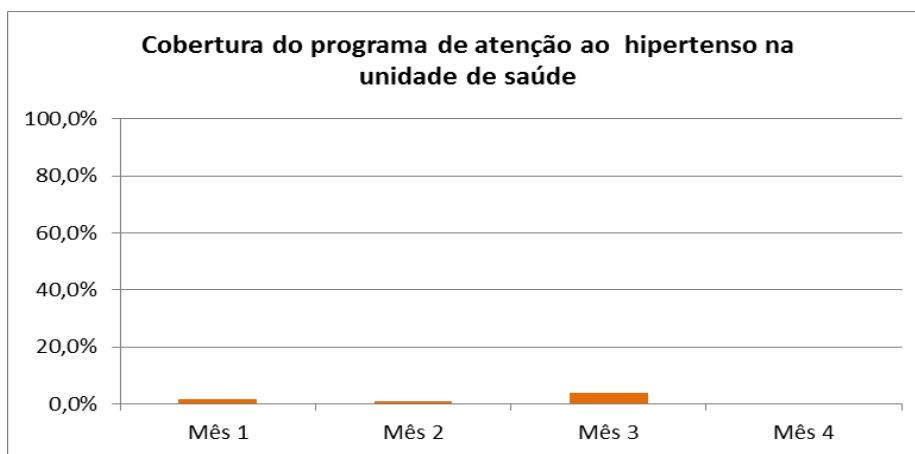


Figura 5 – Cobertura do programa de atenção ao hipertenso na unidade de saúde. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

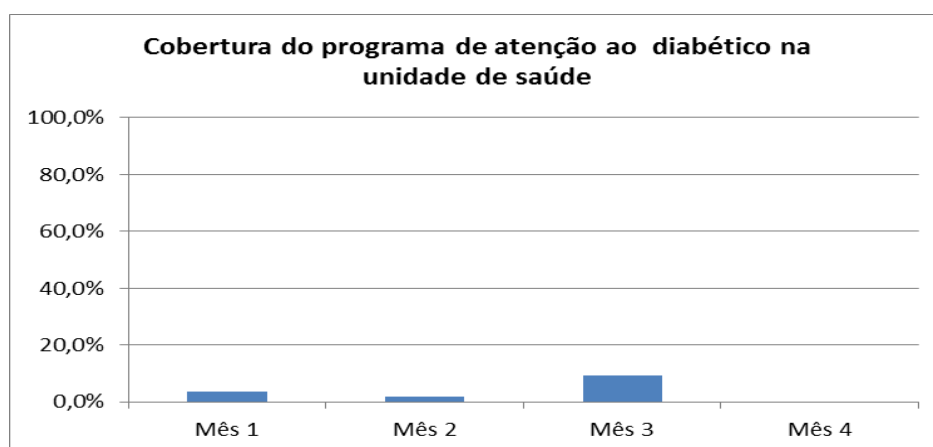


Figura 6 – Cobertura do programa de atenção ao diabético na unidade de saúde. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 2 - Melhorar a qualidade da atenção a hipertensos e/ou diabéticos.

Metas: 1 - Realizar exame clínico apropriado em 100% dos hipertensos e diabéticos

2 - Garantir a 100% dos hipertensos e diabéticos a realização de exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

3 - Priorizar a prescrição de medicamentos da farmácia popular para 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

4 - Realizar avaliação da necessidade de atendimento odontológico em 100% dos hipertensos e diabéticos.

Indicador 1: Proporção de hipertensos e diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.

A meta de 100% desses indicadores foi quase bem sucedida ao todo. No primeiro mês tivemos 81,3% de pacientes hipertensos e 94,4% de pacientes diabéticos com o exame clínico em dia, no segundo mês essa porcentagem foi para 82,4 % de hipertensos e 70% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 51,4% de hipertensos e 54,3% de diabéticos.

Como podemos ver, apesar da meta não ter sido atingida, tivemos um resultado satisfatório em alguns meses, com queda no terceiro mês. Acredito que isso se deve além da busca ativa para as consultas através dos agentes de saúde, a consulta médica juntamente com as técnicas de enfermagem, que verificam as medidas dos pacientes.

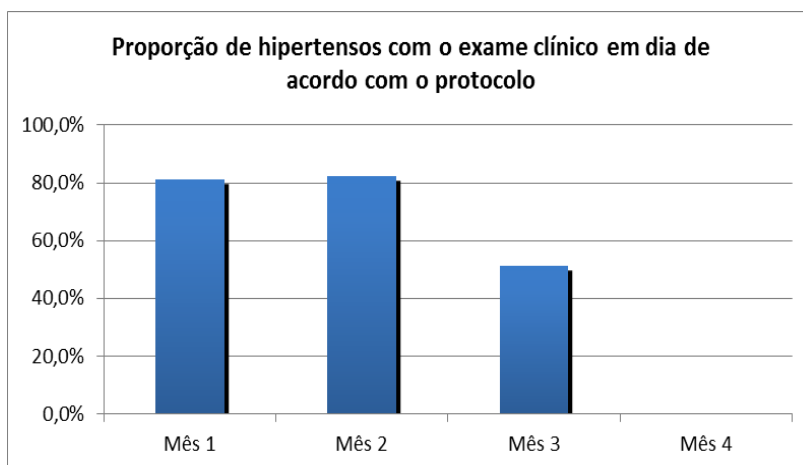


Figura 7 – Proporção de hipertensos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

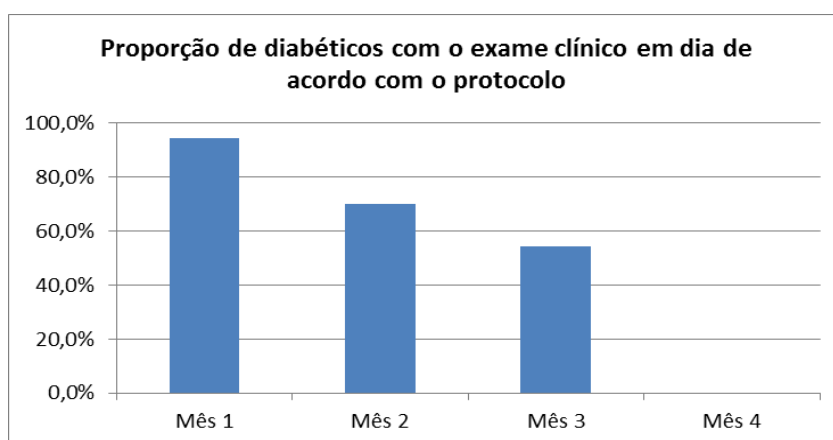


Figura 8 – Proporção de diabéticos com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo.
Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Indicador 2: Proporção de hipertensos e diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo.

No primeiro mês tivemos 21,9% de pacientes hipertensos e 33,3% de pacientes diabéticos com os exames complementares em dia, no segundo mês essa porcentagem foi para 29,4% de hipertensos e 40% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 31,9% de hipertensos e 39,1% de diabéticos.

Os exames complementares no grupo de pacientes hipertensos e diabéticos possuem diversos objetivos, além de estimar parâmetros para avaliar o risco cardiovascular, direciona qual medicação mais apropriada para cada perfil.

Grande parte dos pacientes não haviam realizado os exames, uma vez que costumavam ir à consulta com o intuito de renovar a receita das medicações, de forma que os exames foram solicitados de acordo com o protocolo.

A demora no agendamento de alguns exames foi um dos fatores limitantes desse indicador, assim como muitos pacientes não realizaram os exames solicitados e, mesmo, com a busca ativa, ficava difícil de controlá-los.

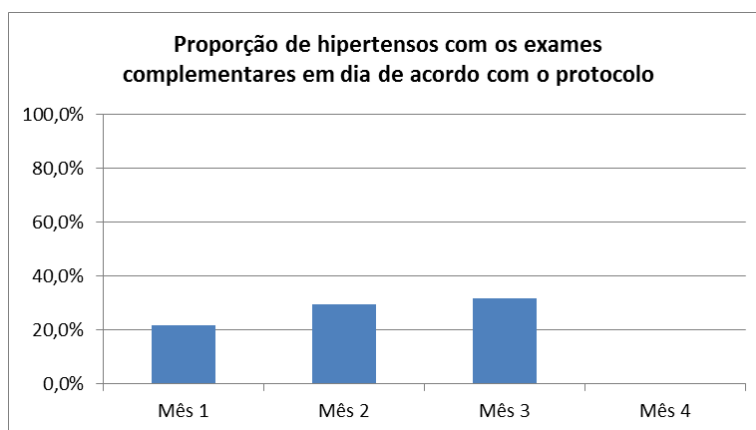


Figura 9 – Proporção de hipertensos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

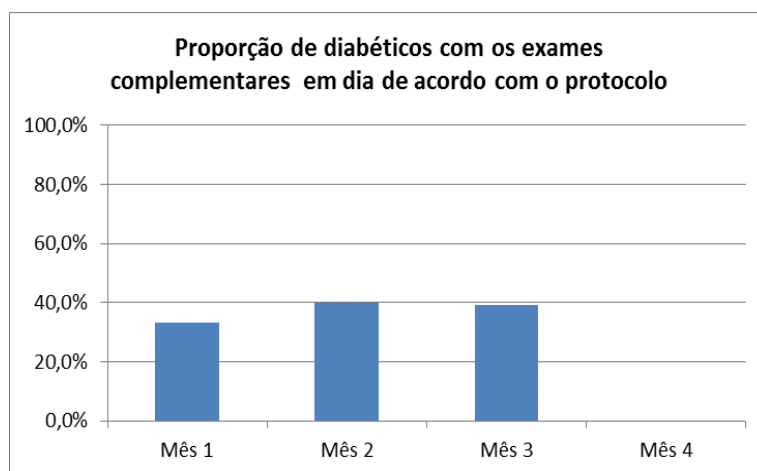


Figura 10 – Proporção de diabéticos com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Indicador 3: Proporção de hipertensos e diabéticos com prescrição de medicamentos da Farmácia Popular/Hiperdia priorizada.

No primeiro mês tivemos 85,2% de pacientes hipertensos e 82,4% de pacientes diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular, no segundo mês essa porcentagem caiu para 81,3% de hipertensos e 71,4% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 94,4% de hipertensos e 97,8% de diabéticos.

A grande maioria dos pacientes que usavam as medicações adquiria na farmácia da unidade de saúde ou na farmácia popular, de modo gratuito. Aqueles que usavam outro tipo de medicação, de outra classe, normalmente tinham sido prescrito por um cardiologista ou endocrinologista e essas medicações não estavam inseridas no programa e também não tinha a possibilidade de ser substituída.

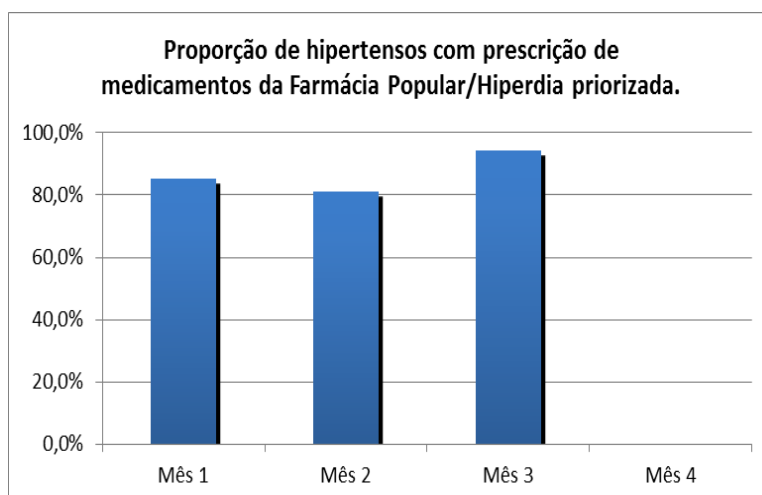


Figura 11 – Proporção de hipertensos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

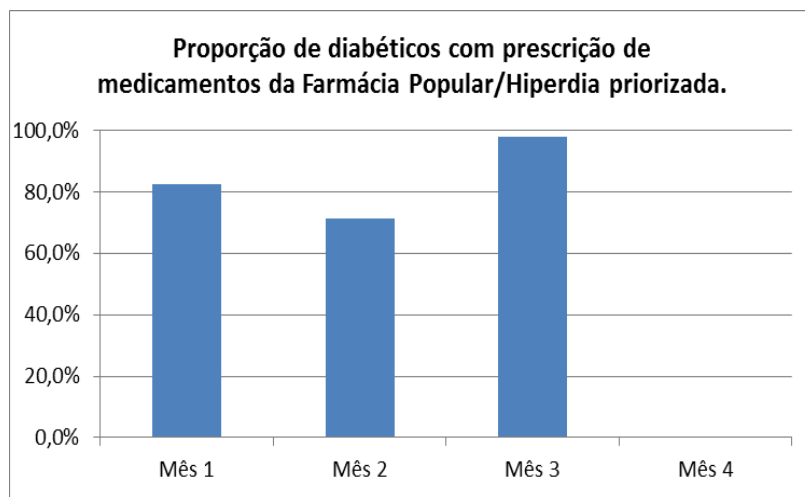


Figura 12 – Proporção de diabéticos com prescrição de medicamentos da farmácia popular/hiperdia priorizada. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Indicador 4: Proporção de hipertensos e diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico.

No primeiro mês tivemos 78,1% de pacientes hipertensos e 88,9% de pacientes diabéticos com o atendimento odontológico em dia, no segundo mês essa porcentagem foi para 94,1% de hipertensos e 70% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 81,9% de hipertensos e 80,4% de diabéticos.

Esse indicador foi bem avaliado, pois, como há dentista na unidade, os agentes de saúde normalmente marcavam as consultas na agenda da dentista, juntamente com a sua auxiliar. Aqueles pacientes acamados e/ou que não apresentavam condições de deambular foram avaliados com visitas domiciliares.

Um dos motivos que afetou esse indicador foi a falta de material durante algumas semanas, diminuindo consideravelmente o número de pacientes atendidos.

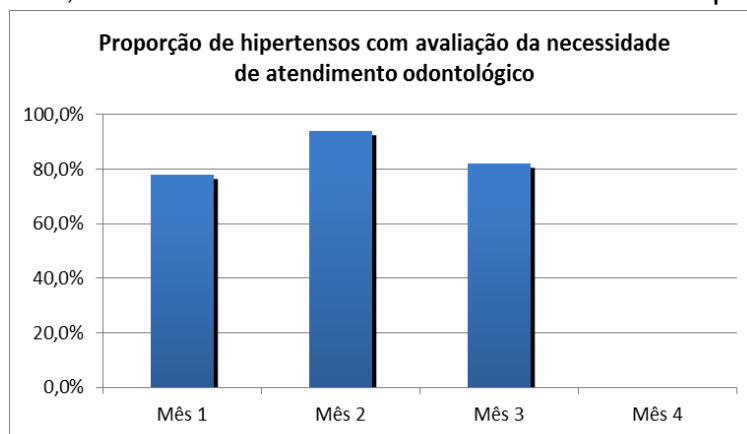


Figura 13 – Proporção de hipertensos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

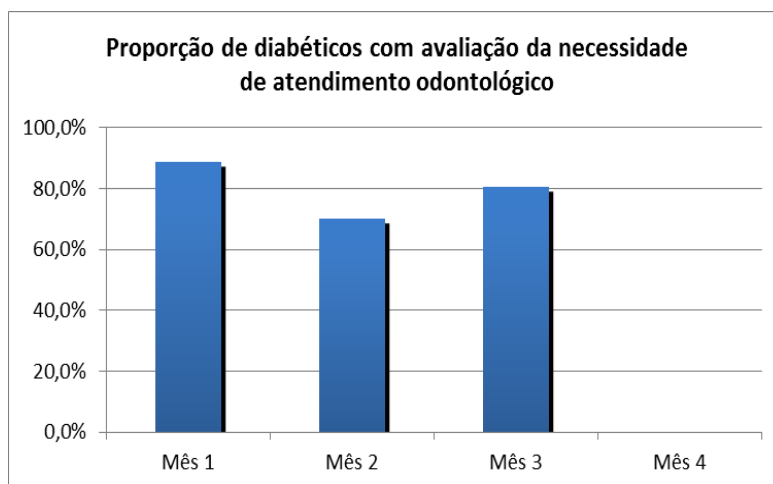


Figura 14 – Proporção de diabéticos com avaliação da necessidade de atendimento odontológico. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 3 - Melhorar a adesão de hipertensos e/ou diabéticos ao programa

Meta: Buscar 100% dos hipertensos e diabéticos faltosos às consultas na unidade de saúde conforme a periodicidade recomendada.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos faltosos às consultas médicas com busca ativa.

No primeiro mês tivemos 83,3% de pacientes hipertensos e 80% de pacientes diabéticos faltosos as consultas médica com busca ativa, no segundo mês essa porcentagem foi para 84,6% de hipertensos e 100% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 98,3% de hipertensos e 95% de diabéticos.

O dado avaliado reflete o excelente trabalho da equipe dos ACS da ESF que através da busca ativa conseguiram um bom acompanhamento dos pacientes.

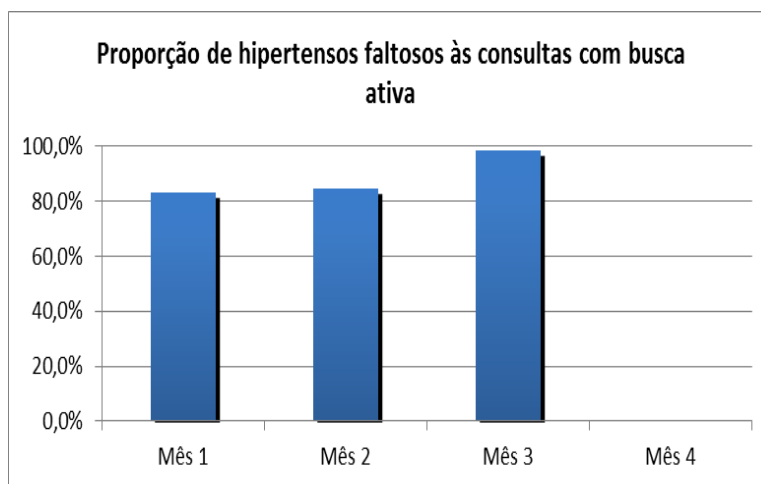


Figura 15 – Proporção de hipertensos faltosos às consultas com busca ativa. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

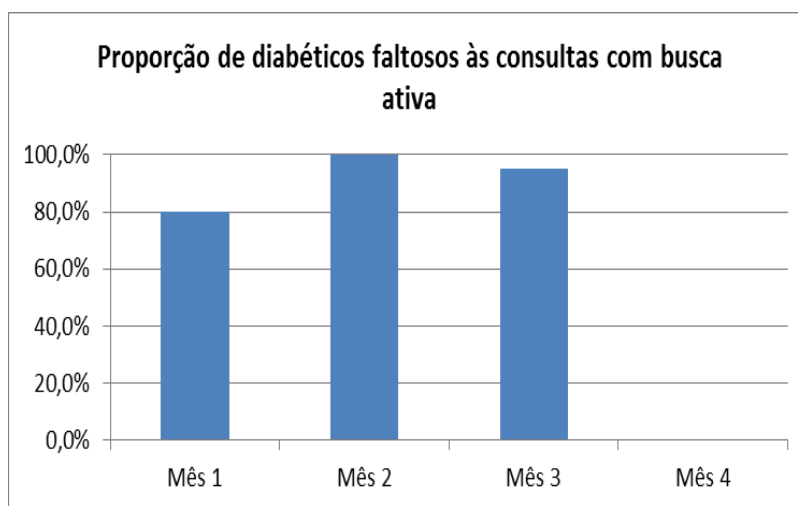


Figura 16 – Proporção de diabéticos faltosos às consultas com busca ativa. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 4 - Melhorar o registro das informações

Meta: Manter ficha de acompanhamento de 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador: Proporção de hipertensos e diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento.

No primeiro mês tivemos 84,4% de pacientes hipertensos e 94,4% de pacientes diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento, no

segundo mês essa porcentagem foi para 94,1% de hipertensos e 70% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 79,2% de hipertensos e 80,4% de diabéticos.

De uma forma geral consideramos a meta atingida adequada, uma vez que a unidade não apresentava nenhum tipo de registro para colher os dados dos pacientes. Como eu era a única responsável por preencher a ficha, acredito que esse fator prejudicou, pois, além de atender os pacientes, tinha que preencher o prontuário e a ficha, o que demandou tempo.

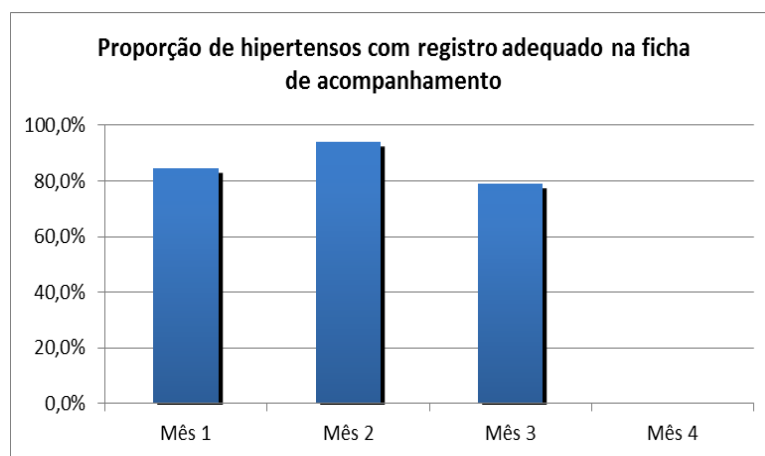


Figura 17 – Proporção de hipertensos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

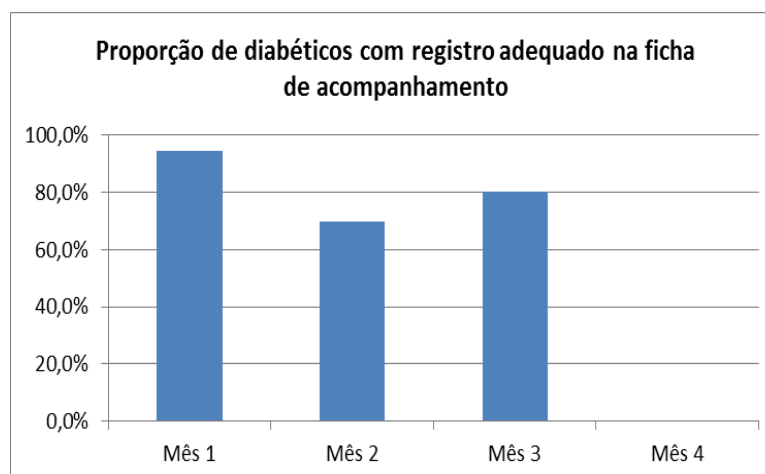


Figura 18 – Proporção de diabéticos com registro adequado na ficha de acompanhamento. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 5 - Mapear hipertensos e diabéticos de risco para doença cardiovascular

Meta - Realizar estratificação do risco cardiovascular em 100% dos hipertensos e diabéticos cadastrados na unidade de saúde.

Indicador - Proporção de hipertensos e diabéticos com estratificação de risco cardiovascular.

No primeiro mês tivemos 25% de pacientes hipertensos e 38,9% de pacientes diabéticos com estratificação de risco cardiovascular calculada, no segundo mês essa porcentagem foi para 29,4% de hipertensos e 40% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 27,8% de hipertensos e 26,1% de diabéticos.

Inúmeros fatores estão envolvidos nesse baixo percentual desse indicador, como por exemplo, indisponibilidade de alguns dados, como pressão arterial (em algumas visitas), ausência de exames complementares como HDL, história familiar prévia confusa e a falta de registro dos dados de outras consultas.

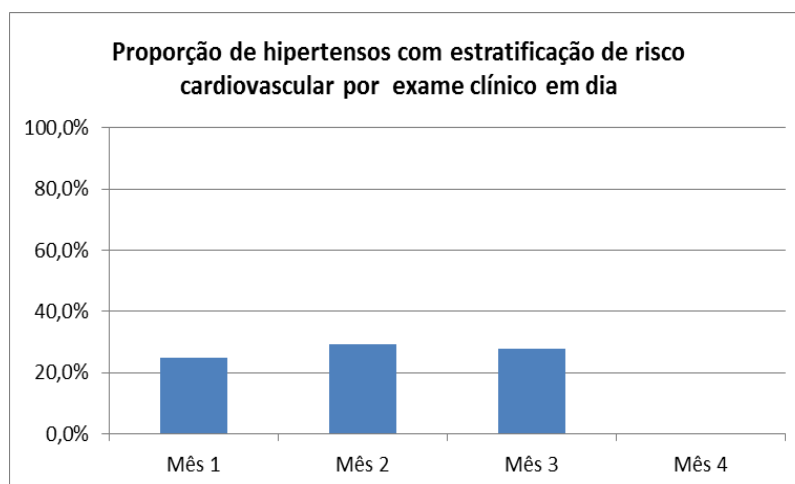


Figura 19 – Proporção de hipertensos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

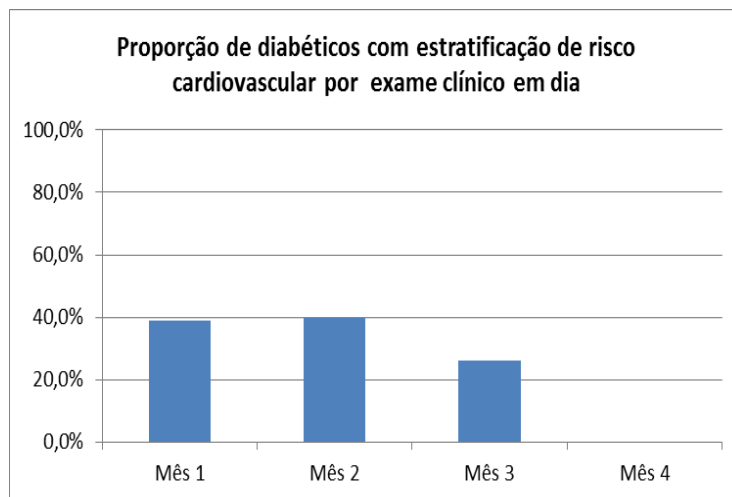


Figura 20 – Proporção de diabéticos com estratificação de risco cardiovascular por exame clínico em dia. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Objetivo 6 - Promover a saúde de hipertensos e diabéticos

Metas: 1 - Garantir orientação nutricional sobre alimentação saudável a 100% dos hipertensos e diabéticos

2 - Garantir orientação em relação à prática regular de atividade física a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

3 - Garantir orientação sobre os riscos do tabagismo a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

4 - Garantir orientação sobre higiene bucal a 100% dos pacientes hipertensos e diabéticos.

Indicador 1: Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável.

No primeiro mês tivemos 84,4% de pacientes hipertensos e 94,4% de pacientes diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável, no segundo mês essa porcentagem foi para 94,1% de hipertensos e 70% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 79,2% de hipertensos e 82,6% de diabéticos.

As orientações foram realizadas nas consultas clínicas, através da enfermeira e dos agentes de saúde e nas reuniões com os grupos.

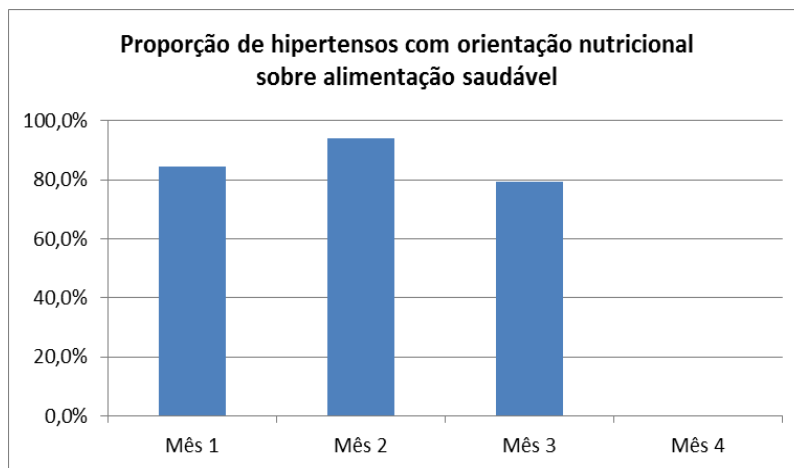


Figura 21 – Proporção de hipertensos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

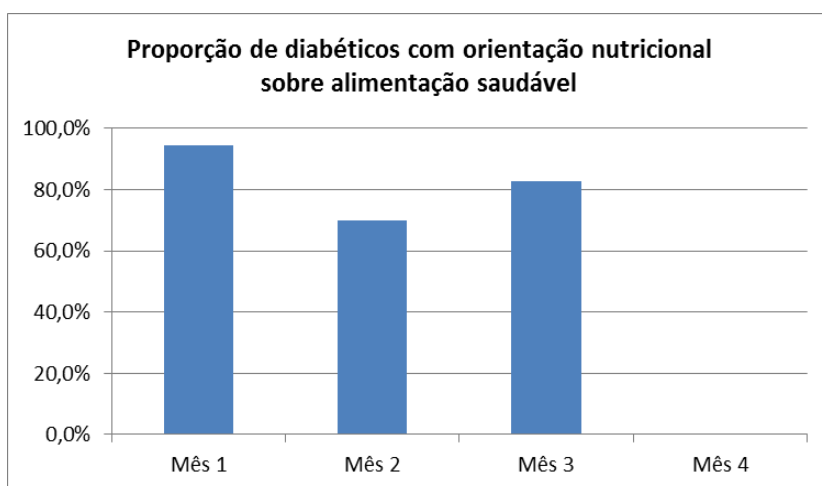


Figura 22 – Proporção de diabéticos com orientação nutricional sobre alimentação saudável. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Indicador 2: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre prática regular de atividade física.

No primeiro mês tivemos 81,3% de pacientes hipertensos e 94,4% de pacientes diabéticos com orientação sobre a prática regular de atividade física, no segundo mês essa porcentagem foi para 94,1% de hipertensos e 70% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 83,3% de hipertensos e 87% de diabéticos.

Esses indicadores, de uma forma geral, são mais simples de serem avaliados e de serem executados na prática clínica, pois isso já faz parte do nosso

dia-a-dia, de forma que não precisamos dispor de muito recurso para por em prática. O fato de muitos desses pacientes serem obesos e sedentários dificulta a mudança no estilo de vida, mas o estímulo é sempre importante e também houve construção da academia da maior idade no bairro, o que fez com que muitos pacientes aderissem a prática de atividades físicas.

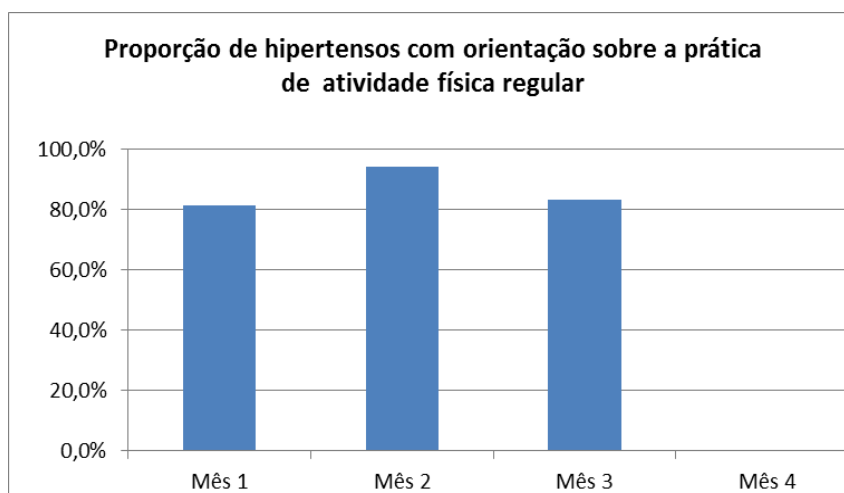


Figura 23 – Proporção de hipertensos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

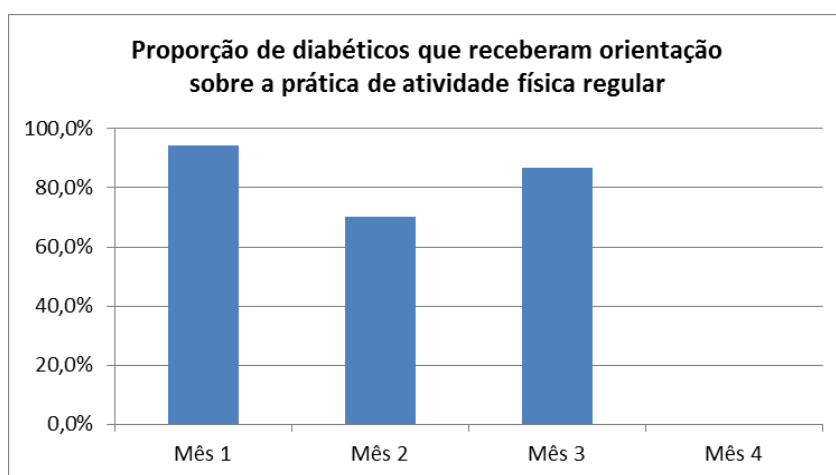


Figura 24 – Proporção de diabéticos com orientação sobre a prática de atividade física regular. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Indicador 3: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo.

No primeiro mês tivemos 84,4% de pacientes hipertensos e 94,4% de pacientes diabéticos com orientação sobre os riscos do tabagismo, no segundo mês essa porcentagem foi para 94,1% de hipertensos e 70% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 90,3% de hipertensos e 82,6% de diabéticos.

Esses indicadores, de uma forma geral, são mais simples de serem avaliados e de serem executados na prática clínica, pois isso já faz parte do nosso dia-a-dia, de forma que não precisamos dispor de muita coisa para por em prática. Foi realizado um trabalho com a equipe e com aqueles pacientes fumantes que se mostraram dispostos a abandonar o cigarro, com o início do adesivo da nicotina e acompanhamento de suas evoluções.

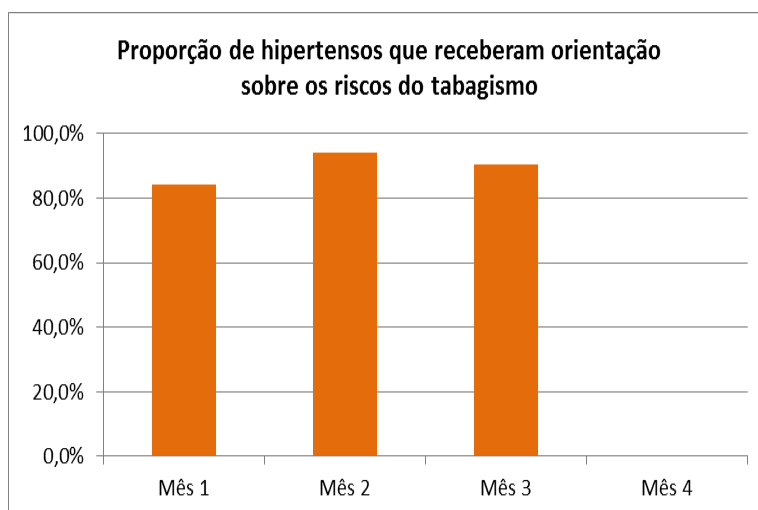


Figura 25 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

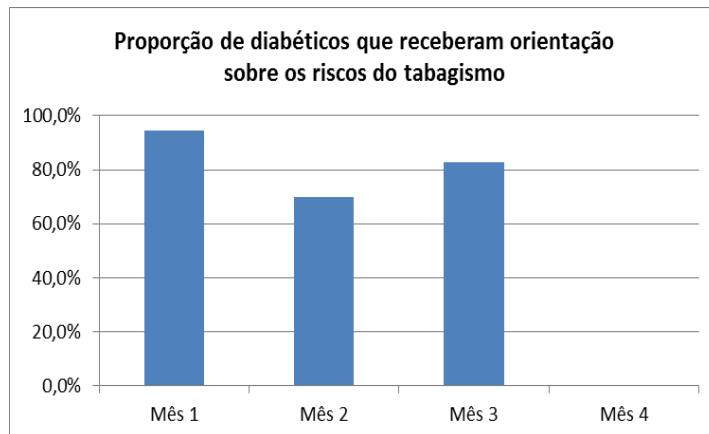


Figura 26 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre os riscos do tabagismo. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

Indicador 4: Proporção de hipertensos e diabéticos com orientação sobre higiene bucal.

No primeiro mês tivemos 84,4% de pacientes hipertensos e 94,4% de pacientes diabéticos com orientação sobre higiene bucal, no segundo mês essa porcentagem foi para 94,1% de hipertensos e 70% de diabéticos, no terceiro mês tivemos um resultado de 86,1% de hipertensos e 82,6% de diabéticos.

A orientação da higiene bucal dos pacientes eram realizadas por todos da equipe e os agentes de saúde marcavam as devidas consultas com os dentistas.

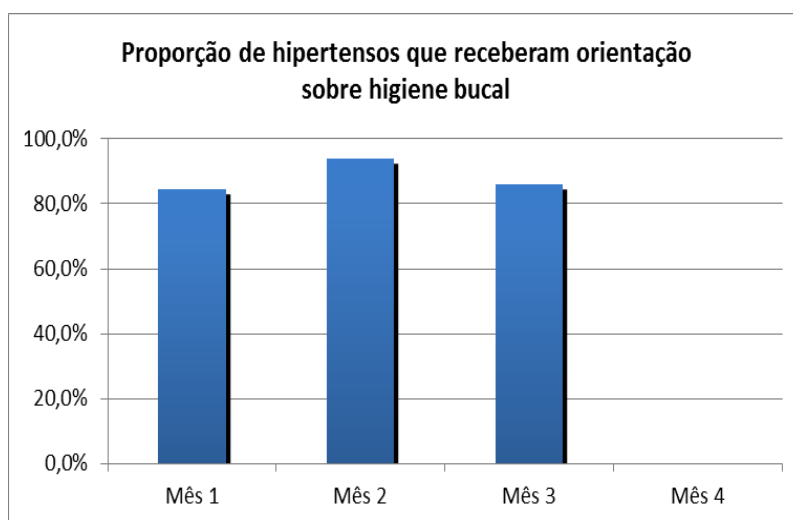


Figura 27 – Proporção de hipertensos que receberam orientação sobre higiene bucal. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

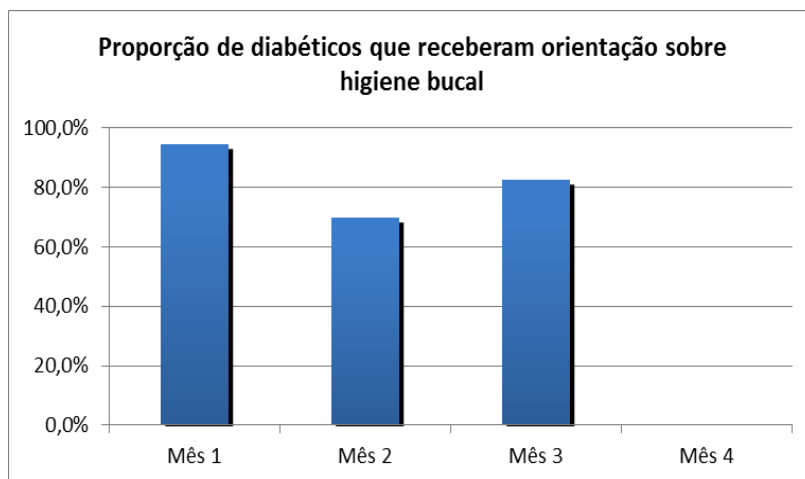


Figura 28 – Proporção de diabéticos que receberam orientação sobre higiene bucal. Natal/RN, 2014.

Fonte – Planilha de coleta de dados, 2014.

4.2 – Discussão

Apesar da meta ter sido muito inferior ao planejado, a intervenção propiciou uma rotina na unidade de saúde que não existia, com aprimoramento no atendimento aos hipertensos e diabéticos, com a qualificação nesse atendimento, com destaque a prevenção primária, realizado por toda a equipe.

A intervenção permitiu um maior conhecimento, tanto científico quanto prático para os membros da equipe, pois a capacitação foi realizada, através do protocolo proposto e esteve todo o tempo sendo incorporada na nossa rotina. Os agentes de saúde eram responsáveis pela marcação de consultas dos pacientes, de acordo com as prioridades de cada um, além da orientação, prevenção e determinação das visitas domiciliares.

Além disso, faziam os acolhimentos daqueles pacientes que não estavam agendados e, se necessário, encaminhavam a enfermeira ou a médica. A técnica de enfermagem aferia a pressão, verificava o peso, a altura e a circunferência abdominal e era responsável por priorizar aqueles pacientes que necessitavam de uma conduta mais rápida, como por exemplo, aqueles que estavam com pico hipertensivo.

A enfermeira fazia os acolhimentos necessários e marcava, se achasse necessário, uma consulta na minha agenda, além de também realizar as visitas domiciliares.

Antes de iniciar a intervenção, foi visto que não era rotina o atendimento desses pacientes em turno fixo, o grupo do hiperdia estava parado. Esses pontos foram reorganizados e retomados. A melhoria do registro e o agendamento dos hipertensos e diabéticos viabilizou a otimização da agenda para a demanda espontânea.

O impacto da intervenção está sendo analisada aos poucos pela sociedade. Muitos já expõem a satisfação e a importância de saber que possuem um turno na agenda médica ou que pelo menos vão ser acolhidos de alguma forma.

Além disso, a rotina de apenas renovação de receitas médicas, sem a presença física do paciente, foi mudada radicalmente, de forma que, a grande maioria está sendo examinada de uma forma global, através das consultas médicas, da enfermeira, técnica e dos agentes de saúde. Há um grande número de hipertensos e diabéticos que ainda precisam entrar na cobertura, sem dúvidas esse é um dos pontos mais difíceis.

A intervenção poderia ter sido facilitada caso toda a equipe estivesse com o número de agentes de saúde completo, o que não aconteceu, deixando uma grande área descoberta. Além disso, no início faltou organização, principalmente no agendamento dos pacientes, de forma que, existiram turnos que eu quase não atendi os pacientes hipertensos e/ou diabéticos.

A intervenção já está sendo incorporada a rotina do serviço. Um dos grandes problemas é justamente a falta de organização e trabalhar com várias equipes juntas é sempre mais difícil. Mas, semanalmente, é realizada reunião com a equipe para discutir sobre vários pontos, entre eles, sobre a intervenção.

A partir de janeiro, a equipe estará completa, pois teremos novo agente de saúde e, com isso, poderemos realizar cada vez mais a ampliação da cobertura dos hipertensos e diabéticos.

4.3 Relatório da intervenção para os gestores

Após três meses de intervenção, houve uma evolução no quantitativo de usuários cadastrados no programa de hiperdia passando de 32 (1,6%) hipertensos e 8 (3,7%) diabéticos, para 72 hipertensos (3,6%) e 46 diabéticos (9,4%) no terceiro

mês de intervenção. Apesar da meta de cobertura de 80% não ter sido alcançada, foram obtidas melhorias nos eixos de monitoramento e avaliação, organização e gestão do serviço, engajamento público e qualificação da prática clínica. Além disso, observou-se que grande parte dos indicadores foi atingida com proporções altas, em torno de 94%.

Para alcançarmos o objetivo proposto, foram realizadas ações e objetivos específicos. As ações foram enquadradas em um cronograma adequado de acordo com a rotina proposta, no qual a equipe teve acesso livre para acompanhá-la e fazer observações.

Inicialmente foi realizada a capacitação de toda a equipe, através de reuniões e apresentação dos protocolos. A equipe sempre se mostrou bastante disposta a iniciar e manter a intervenção.

Dentro desse período, conseguimos implementar uma grande quantidade de ações previstas, desde a prática da intervenção como rotina, até a leitura dos resultados, esses quase sempre benéficos.

Ao realizar as primeiras reuniões com a equipe, foi observada a necessidade de realização da intervenção nesse grupo de pacientes, pois o número de atendimentos sempre se manteve elevado, muitas vezes simplesmente para renovação de receitas e uma falta de organização com essas consultas, que eram realizadas de qualquer maneira, sem nenhum objetivo.

Muitos pacientes estavam usando medicações incorretas, seja por doses inferiores, ou mesmo com o uso dos remédios e por isso, apresentavam picos hipertensivos e/ou glicemia alterada em todas as consultas, percebendo isso buscamos realizar ações para promover a melhoria e prevenção à saúde desses usuários.

A partir disso foram realizadas reuniões com a equipe para a divulgação da intervenção, realização de busca ativa dos pacientes, marcação de consultas, visitas domiciliares e capacitação dos profissionais.

Um fator negativo durante o processo de intervenção foi a saída de uma agente de saúde da nossa área e o adoecimento com afastamento de outro agente de saúde, o que deixou uma área muito descoberta.

O cadastramento e/ou recadastramento dos pacientes foi levado em consideração, visto que muitos não se encontravam inscritos no programa e, com essa ação, foi possível elevar o número dos usuários cadastrados e mantê-los sempre atualizados.

Um dos principais objetivos da intervenção - garantir a melhoria na qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos – foi realizado de forma integral, visto que todos os pacientes eram observados de forma global, tanto em relação ao exame clínico (como o exame físico, os exames dos pés, do coração, peso, tamanho do abdome) quanto aos exames laboratoriais.

A sintonia de toda a equipe proporcionou um avanço significativo na intervenção, pois, através dos agentes comunitários de saúde, foram realizados a busca ativa dos pacientes faltosos, realizado as visitas domiciliares, agendados as consultas necessárias; a enfermeira ficou responsável por realizar a escuta e o acolhimento daqueles pacientes que não conseguiam ficha de atendimento clínico e, se fosse algo mais urgente, seria encaixado na agenda; a técnica de enfermagem ficou responsável pelas medidas antropométricas, principalmente da avaliação da pressão arterial, que, caso estivesse elevada, o paciente seria medicado e ficaria alguns minutos em observação, até a normalização.

Tendo em vista a importância dessas comorbidades e buscando sempre à prevenção, grupos foram realizados com esses pacientes, no intuito de melhoria na adesão às consultas, as medicações e, principalmente, na prevenção, através da dieta e do exercício físico saudável.

Após todas essas semanas, é perceptível a mudança na Unidade de Saúde, com saldo positivo, pois esse grupo de pacientes é ciente de que há um turno específico para eles, serão atendidos e acompanhados de perto, há um estímulo e uma preocupação por partes dos profissionais para com eles. Além disso, o engajamento de toda a equipe mostra que a intervenção se tornou crucial no processo da unidade de saúde.

4.4 Relatório de intervenção para a comunidade

Decorridas 12 semanas do projeto de intervenção com melhoria aos pacientes hipertensos e diabéticos da ESF Panatis, foi observado um crescimento na qualidade e quantidade dos atendimentos desse grupo, uma vez que cada paciente era visto de forma integral.

Para alcançarmos o objetivo proposto, foram realizadas ações voltadas para esse grupo específico. As ações foram programadas de acordo com a rotina proposta, no qual a equipe teve acesso livre para acompanhá-la e fazer observações.

Inicialmente, ao realizar as primeiras reuniões com a equipe, foi observada a necessidade de realizar a intervenção nesse grupo de pacientes, pois o número de atendimentos sempre se manteve elevado e notamos a necessidade de ampliar a cobertura desses usuários.

A partir disso foi feito reuniões e mais reuniões com a equipe para a divulgação da intervenção, realização de busca ativa dos pacientes, marcação de consultas, visitas domiciliares e capacitação dos profissionais. Um ponto que nos pegou de surpresa foi a saída de uma agente de saúde da nossa área e o adoecimento com afastamento de outro agente de saúde, o que deixou uma área muito descoberta.

O cadastramento dos pacientes foi levado em consideração, visto que muitos não se encontravam inscritos no programa e, com essa ação, foi possível elevar o número dos usuários cadastrados e mantê-los sempre atualizados.

Um dos principais objetivos da intervenção - garantir a melhoria na qualidade da atenção a hipertensos e diabéticos – foi realizado de forma integral, visto que todos os pacientes eram observados de forma global, tanto em relação ao exame clínico (como o exame físico, os exames dos pés, do coração, peso, tamanho do abdome) quanto aos exames laboratoriais.

A sintonia de toda a equipe proporcionou um avanço significativo na intervenção, pois, através dos agentes comunitários de saúde, foram realizados a busca ativa dos pacientes faltosos, visitas domiciliares; a enfermeira sempre atendia aqueles pacientes que não conseguiam ficha de atendimento clínico e, se fosse algo mais urgente, seria encaixado na agenda; a técnica de enfermagem ficou responsável pelas medidas antropométricas, principalmente da avaliação da pressão

arterial, que, caso estivesse elevada, o paciente ficaria alguns minutos em observação.

Após a implementação da intervenção na rotina da unidade, os pacientes tomaram consciência e cooperaram com boa parte das ações, através da marcação das consultas, compromisso com as consultas, palestras e orientações e das divulgações para os colegas da importância de todas essas ações.

Tendo em vista a importância desses problemas de saúde e buscando sempre à prevenção, grupos foram realizados com esses pacientes, no intuito de melhoria na adesão às consultas, as medicações e, principalmente, na prevenção, através da dieta e do exercício físico saudável.

Após todas essas semanas, percebemos a mudança na Unidade de Saúde, com saldo positivo, pois esse grupo de pacientes é ciente de que há um turno específico para eles, serão atendidos e acompanhados de perto, há um estímulo e uma preocupação por partes dos profissionais para com eles.

5 Reflexão crítica sobre o processo pessoal de aprendizagem

A especialização em saúde da família foi de uma importância extrema para o meu crescimento pessoal e profissional. Através dela adquiri conhecimentos novos, inicialmente voltados ao posto de saúde, através do reconhecimento da área junto com a equipe, capacitação dos profissionais e ao longo das semanas e meses, através da intervenção, estudos de práticas clínicas e casos clínicos que pareciam bem reais.

Apesar do tempo curto, devido ao fato de ter que conciliar o curso com os estudos diários para a residência médica, procurei me dedicar ao máximo, tentando realizar as atividades em dia e me aprofundando no que era solicitado. Muitas vezes foi difícil manter a rotina, o cansaço e a cobrança eram extremos e pensei em desistir inúmeras vezes. O feedback que a orientadora me repassava, sempre com palavras positivas e estímulos foi de suma importância para conseguir realizar todo o trabalho.

A intervenção conseguiu me mostrar cada espaço presente na unidade de saúde, sempre mostrando a diferença do ideal com a realidade. Consegui

implementar a intervenção na rotina do dia-a-dia, o que deixou a equipe preparada para a chegada de um novo médico na unidade de saúde.

Além disso, aprendemos que nossas metas podem ser atingidas, mesmo que não seja de 100%, o importante é o processo de aprendizado pelo qual passamos.

De uma forma geral, o que aprendi foi de uma importância imensurável, que levarei para a minha vida pessoal e profissional.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 128 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 37);

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 160 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36);

DUNCAN, B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006;



SBC, SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA. **VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, São Paulo, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010. Suplemento 1.

Anexo 3 – Planilha de coleta de dados

Indicadores Hipertensos e/ou Diabéticos - Mês 1													
Dados para Coleta	Número do paciente	Nome do paciente	Idade do paciente	O paciente é hipertenso?	O paciente é diabético?	O paciente está com o exame clínico em dia de acordo com o protocolo?	O paciente está com os exames complementares em dia de acordo com o protocolo?	O paciente necessita tomar medicamentos?	Todos os medicamentos são da lista do Hiperdia ou da Farmácia Popular?	O paciente foi avaliado quanto à necessidade de atendimento odontológico?	O paciente está faltoso às consultas de acordo com o protocolo?	Foi realizada busca ativa para o paciente com consultas em atraso?	O e ad acc
Orientações de preenchimento	de 1 até o total de pacientes cadastrados	Nome	Em anos	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	0 - Não 1 - Sim	
	1												
	2												
	3												
	4												
	5												
	6												
	7												
	8												
	9												
	10												
	11												
	12												

Apresentação / Orientações / Dados da UBS / Mês 1 / Mês 2 / Mês 3 / Indicadores

Anexo 4 – Documento do Comitê de Ética

 UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS FACULDADE DE MEDICINA COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	
OF. 15/12	Pelotas, 08 de março 2012.
Ilma Sr ^a Prof ^a Ana Cláudia Gastal Fassa	
Projeto: Qualificação das ações programáticas na atenção básica à saúde	
Prezada Pesquisadora;	
Vimos, por meio deste, informá-lo que o projeto supracitado foi analisado e APROVADO por esse Comitê, quanto às questões éticas e metodológicas, de acordo com a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.	
 Patricia Abrantes Duval Coordenadora do CEP/FAMED/UFPEL	
